

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

**QUALIDADE DE VIDA E ATITUDES DOS IDOSOS
FACE À VELHICE**

Catarina Isabel Mafra Neto

Coimbra, 2014



QUALIDADE DE VIDA E ATITUDES DOS IDOSOS FACE À VELHICE – ESTUDO DE ALGUNS FATORES

Catarina Isabel Mafra Neto

Dissertação Apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga para a obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Clínica

Sob orientação da Professora Doutora

Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe

Coimbra, 2014

Agradecimentos

Agora que cheguei à reta final, à muito ansiada, quero agradecer a todos aqueles que de modo direto ou indireto me ajudaram a chegar aqui.

Aos meus pais e irmã que me incentivaram e não me deixaram desistir.

Ao meu namorado, por me ter apoiado nos momentos mais difíceis e me ter ajudado sempre que foi preciso.

À Dra. Anabela Mariano, por me ter permitido colher dados junto dos idosos da Associação de Bem Estar e Ocupação de Tempos Livres de Pataias.

Aos 100 idosos que participaram nesta investigação, pela disponibilidade e amabilidade que manifestaram.

A todos aqueles que se cruzaram na minha vida e que de alguma forma a tornaram mais especial ou me ajudaram para conseguir chegar a este momento.

Finalmente à Professora Doutora Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe, minha orientadora, por toda a ajuda, disponibilidade e diretrizes que me deu neste período final e pela enorme ajuda que me deu no tratamento estatístico com o programa estatístico SPSS.

Humildemente, gostaria que a minha família, os que cá estão e os que já partiram, se sentissem hoje especialmente orgulhosos de mim...

Para todos, muito obrigado!

Resumo

A problemática do envelhecimento tem assumido, nos últimos anos, uma crescente importância na consciência coletiva da população, tornando-se cada vez mais importante compreender a população idosa e a sua realidade.

Posto isto, foi realizado um estudo quantitativo e correlacional, que teve como objectivo avaliar a qualidade de vida e atitudes face à velhice de idosos, bem como a relação entre estas e as variáveis sociodemográficas e familiares.

Foram inquiridos 100 idosos, com mais de 65 anos e sem deficit cognitivo . Para a recolha de dados utilizou-se uma entrevista estruturada, constituída dados sóciodemográficos do idoso, WHOQOL-AGE (Caballero, Miret, Power, Chatterji, Tobiasz-Adamczyk, Koskinen, Leonardi, Olaya, Haro & Ayuso-Mateos, 2013) e o AAQ (Laidlaw, Power, Schmidt and the WHOQOL-OLD Group, 2007).

Dos resultados destacamos os seguintes: A amostra é constituída por 52% de idosos do sexo masculino tendo uma média de idades de 74,7 (DP=6,8). É no fator Perdas Psicossociais e no Desenvolvimento Psicológico que os idosos têm uma melhor atitude face ao envelhecimento. É no item “Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?” que os idosos apresentam uma menor qualidade de vida.

Não ter doença diagnosticada e ser do sexo masculino permitem ter melhores atitudes face ao envelhecimento.

A Qualidade de Vida está relacionada com a idade, com o estado de saúde e com a intensidade de preocupação da família. Constatou-se que os idosos que não estão institucionalizados apresentam uma melhor qualidade de vida e uma melhor atitude face à velhice. Quem não precisa de ajudas técnicas para se movimentar apresenta uma melhor qualidade de vida.

Diferenças nas atitudes face ao envelhecimento consoante a residência onde habita são significativas nas mudanças físicas e no desenvolvimento psicológico sendo que os idosos que não vivem em lares têm uma atitude mais positiva em ambos os fatores.

Palavras Chave: Idoso, Qualidade de Vida, atitudes, envelhecimento

Abstract

Over the past few years the issue of aging has played a growing importance in the population's collective consciousness becoming increasingly important to understand the elderly population and this reality.

Therefore a quantitative correlational study was performed to assess the quality of life of seniors and their attitudes towards old age, and the relationship between these and the socio-demographic and family factors.

100 seniors with more than 65 years and without cognitive deficit were surveyed. For data collection we used a structured interview consisting of socio-demographic data of the elderly, WHOQOL-AGE (Caballero Miret Power Chatterji Tobiasz-Adamczyk Koskinen Leonardi Olaya Ayuso-Mateos & Haro 2013) and AAQ (Laidlaw Power Schmidt and the WHOQOL-OLD Group 2007).

We highlight: The sample is composed of 52% of males with a mean age of 74.7 (SD = 6.8). It is in the factor *Psychosocial Losses* and *Psychological Development* that elderly people have a better attitude towards aging. It is in the item "*Do you have enough money to meet your needs?*" that seniors show less quality of life.

Not having illness and being male allows having better attitudes towards aging.

Quality of Life is related to age, health condition and the intensity of family concerns. It was observed that the elderly who are not institutionalized have a better quality of life and a better attitude towards old age. Who does not need assistive devices to move around has a better quality of life.

Differences in attitudes towards aging, according to residency, are significant in physical changes and psychological development, thus verifying that elderly who do not live in nursing homes have a more positive attitude in both factors.

Keywords: Elderly, Quality of Life, Attitudes, Aging

Índice

1. Introdução	1
2. Metodologia	16
2.1 - População e Amostra	16
2.2 - Instrumento de Colheita de Dados	17
2.3 - Procedimentos formais e éticos	20
2.4 - Processamento de dados	20
3. Resultados	21
4. Discussão dos resultados	36
5. Conclusão	40
Referências Bibliográficas	42
Anexos	51
Anexo I – Mini Mental State Examination (MMSE)	51
Anexo II – Consentimento Informado para os Participantes no Estudo	52
Anexo III – Dados Sóciodemográficos	54
Anexo IV – WHOQOL-AGE	56
Anexo V - Questionário das Atitudes em Relação ao Envelhecimento (AAQ)	57
Anexo VI - Pedido de Autorização aos autores do WHOQOL-AGE	58
Anexo VII - Pedido e autorização para efetuar uma colheita de dados	59

Índice de Tabela

Tabela 1: Distribuição das respostas da amostra quanto aos dados sóciodemográficos familiares e profissionais -----	22
Tabela 2: Distribuição das respostas da amostra quanto ao estado da saúde -----	23
Tabela 3: Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de <i>Cronbach</i>) do WHOQOL-AGE -----	24
Tabela 4: Matriz de componentes principais após rotação varimax dos 13 itens da escala da qualidade de vida-----	25
Tabela 5 – Características da amostra quanto as atitudes dos idosos face ao envelhecimento-----	26
Tabela 6 – Coeficientes de correlação de Spearman entre os itens da Qualidade de Vida e os Fatores das Atitudes (Perdas Psicossociais, Mudanças Físicas e Desenvolvimento Psicológico) dos idosos face à velhice-----	27
Tabela 7 - Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney entre os itens da Qualidade de Vida e o Sexo dos idosos-----	28
Tabela 8 – Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney entre os itens da Qualidade de Vida dos idosos e a existência de filhos-----	29
Tabela 9 - Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney entre os itens da Qualidade de Vida dos idosos e a sua mobilidade-----	30
Tabela 10 - Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney entre os itens da Qualidade de Vida do idoso e ter doença diagnosticada -----	31
Tabela 11 - Resultados da aplicação do teste de Mann Whitney entre os itens da Qualidade de vida dos idosos e a residência onde habita -----	32
Tabela 12 - Coeficientes de Correlação de Pearson entre a Qualidade de Vida, a idade, o estado de saúde dos idosos e a intensidade de preocupação da família-----	33
Tabela 13 – Resultados da correlação de Spearman entre as Atitudes, a idade, percepção do estado de saúde e a intensidade de preocupação da família -----	34
Tabela 14 - Resultados da aplicação do teste de Mann Whitney entre as Atitudes do idoso face à velhice, o sexo, ter filhos, mobilidade dos idosos e ter uma doença diagnosticada -----	35
Tabela 15 - Resultados da aplicação do teste de Mann Whitney entre as Atitudes dos idosos face à velhice e a residência onde habita -----	35

Índice de Quadros

Quadro 1 - Caracterização das amostras relativas à construção e validação do <i>WHOQOL-AGE</i> -----	13
Quadro 2 - Características psicométricas do <i>WHOQOL-AGE</i> decorrente da validação -----	13
Quadro 3 - Caracterização das amostras relativas à construção e validação do <i>AAQ</i> -----	14
Quadro 4 - Características psicométricas do <i>AAQ</i> decorrentes das validações desenvolvidas nos vários países onde foi aplicado -----	15

Índice de Figuras

Figura 1 - Processo de tradução e adaptação para a Língua Portuguesa do WHOQOL-AGE -----	19
---	----

Índice de Abreviatura

AAQ – Escala das Atitudes face ao envelhecimento

QDV- Qualidade de Vida

1. Introdução

Dada a tendência para o crescimento da população idosa, Portugal enfrenta atualmente uma realidade que começa a ganhar um impacto social relevante (aumento dos fluxos migratórios (internos e externos), baixas taxas de natalidade e mortalidade) com o aumento significativo dos idosos no conjunto da população do país (Paúl & Fonseca, 2005). Estes acontecimentos alertam para a importância de promover um envelhecimento associado ao conceito de Bem-Estar e de QDV (Sousa et al, 2003).

O envelhecimento tem um grande impacto na vida dos indivíduos, não só pelas transformações características desta fase que perturbam o bem-estar e a QDV, mas também pelas alterações que ocorrem nas estruturas físicas, na cognição e nas relações sociais (Parente et al., 2006).

Torna-se emergente a aquisição de dados que permitam a caracterização da QDV e do funcionamento emocional e social dos idosos, do ponto de vista dos mesmos, para que deste modo se inicie e se ative meios ajustados a esta população, permitindo assim alcançar um envelhecimento bem sucedido e uma QDV melhor e superior.

Teixeira (2010), afirma que o envelhecimento humano e demográfico é considerado um dos problemas mais importantes das sociedades contemporâneas. Esta realidade exige um conhecimento mais aprofundado da velhice.

Neste contexto, torna-se necessário aumentar investigações relativas a estas temáticas de modo a possibilitar respostas às necessidades da população idosa, bem como desenvolver ações de intervenção junto da mesma.

O Envelhecimento tem-se revelado um processo heterogéneo, que sofre influência de diversas determinantes, entre as quais se encontram determinantes internas (património genéticos) e as determinantes externas, tais como a educação, os estilos de vida e o meio ambiente no qual o idoso está inserido, ou seja, podemos ver o envelhecimento como uma experiência subjetiva, pois encontra-se relacionada com as crenças e as vivências de cada indivíduo e com as práticas destes, associadas à velhice (Figueiredo, 2007).

A QDV é considerada, hoje em dia, um tema de grande importância, uma vez que viver não se restringe apenas a uma forma de subsistência, mas sim a uma forma de promoção da saúde em vez da doença. Assim sendo, a promoção da QDV nas pessoas idosas implica a adoção de estilos de vidas adaptados às alterações biológicas e psicológicas do envelhecimento (Squire, 2005).

Posto isto, envelhecer com independência, autonomia, boa saúde física e psicológica e ter um papel social ativo, contribui para a promoção de uma boa qualidade de vida (Paschoal, 2000, citado por Paschoal, 2002).

Para os idosos, a família, os contactos pessoais, os serviços sociais e de saúde, as características pessoais (mobilidade/capacidade) e comportamentais e o desempenho de atividades, proporcionam satisfação e QDV (Paúl & Fonseca, 2005).

No entanto, o conceito de QDV varia de indivíduo para indivíduo, de acordo com o contexto social, experiências prévias e outros fatores pessoais. Os idosos estão, deste modo, sujeitos a condições próprias do processo de envelhecimento que resultam de uma diminuição da QDV, como por exemplo, limitações físicas que levam a um aumento da dependência na satisfação das necessidades fundamentais, o afastamento do seu meio habitacional (quando os idosos são institucionalizados, implicando a adaptação a esse novo espaço que para ele é completamente desconhecido) e a solidão a que são sujeitos quer pela incapacidade de resposta familiar, quer pela própria sociedade, que os afasta (Rocha et al., 2002), quer pela diminuição das redes sociais que se traduz na falta de comunicação e manutenção de contactos mínimos (Sousa et al., 2004).

Conhecer o que pensam os idosos sobre QDV é importante para se entender como estes adotam práticas de saúde e se comportam frente ao próprio envelhecimento.

O envelhecimento e a velhice estão cercados de falsas crenças, de estereótipos e preconceitos, todos solidamente arraigados nos indivíduos, nos grupos e nas instituições sociais. Fundamentalmente, eles derivam do medo e da rejeição que as pessoas sentem em relação à velhice, em parte por motivos infundados, em parte porque de facto a velhice prenuncia aquilo que as pessoas mais rejeitam: afastamento, dependência e morte (Neri et al., 2002).

Sendo assim, o envelhecer e ser idoso estão ligados a uma denominação depreciativa, o que pode propiciar, a partir desta visão, o aparecimento de crenças negativas a respeito dessa fase da vida (Neri & Resende, 2009).

Para Irigaray & Schneider (2008), existe uma ligação entre a ideia que a sociedade tem da velhice e as atitudes que o idoso tem face ao envelhecimento. Sendo as crenças existentes na sociedade prejudiciais e distorcidas, isso pode afetar a representação desta fase do desenvolvimento e influenciar diretamente a sua auto-estima, auto-imagem, a aceitação das próprias limitações e o seu bem-estar psicológico. Por outro lado, é possível que a velhice seja encarada como uma fase própria do

indivíduo e que estes valorizem a sua história de vida, as experiências adquiridas, as potencialidades e contribuições que deram ao longo da sua vida.

Em Portugal existem vários estudos acerca da QDV na velhice, mas pouco se sabe quais as atitudes desta população face ao envelhecimento. Dada esta limitada informação, parece pertinente a análise das suas atitudes, visto que uma atitude positiva para com a velhice poder ser um contributo para uma melhor QDV.

a) Qualidade de vida e envelhecimento

Para a Psicologia, a avaliação da QDV na população idosa não tem sido tarefa fácil, na medida em que não existe consenso naquilo que se entende por Satisfação de Vida, Bem-Estar Psicológico, Bem-Estar Subjectivo e Ânimo, aparecendo tais conceitos muitas vezes misturados, envolvendo aspetos que possuem em comum, criando assim algumas dificuldades na sua mensuração dentro de parâmetros aceitáveis.

O termo QDV surge nos anos 60 como objetivo de superar as limitações da conceção existente, na qual o bem-estar estava relacionado com aspetos económicos. A QDV de cada época vem definida pelos valores que cada grupo social atribui à forma de viver. Com a constante evolução da sociedade também as variáveis que definem a QDV, evoluem, dependendo de aspetos culturais, económicos e sociais (Dosil, 2004).

A proliferação de definições de QDV demonstra o interesse que a comunidade científica tem demonstrado nesta área, conforme afirma Meneses (2005). Por este facto, na ausência “de uma definição operacional amplamente aceite, não é descabido esperar-se que os investigadores delineiem claramente o que entendem por QDV e que identifiquem os componentes específicos a considerar e medir” (p. 39).

A definição de QDV é complexa, ambígua e versátil, diferindo de cultura para cultura, de época para época, de indivíduo para indivíduo e até mesmo ao longo da vida de um indivíduo (Ferreira, 2008).

A noção de qualidade de vida encontra-se diretamente relacionada com a perceção que cada um tem de si e dos outros que o rodeiam. Esta perceção é feita mediante alguns critérios, que são valorizados de forma distinta consoante as circunstâncias: biopsicossociais, económicas, culturais e espirituais, em que o indivíduo se encontra. Este facto levou ao surgimento de diversas definições do conceito de QDV (Martins Ferreira, 2009).

Segundo Boer (2002), a QDV refere-se ao bem-estar geral quotidiano das pessoas e pode ser dividido em três componentes principais: saúde física, mental e social.

O conceito de QDV é amplo e tem em conta não só a saúde física do indivíduo, mas também o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e as relações com o ambiente em que o sujeito vive (WHOQOL Group, 1995, cit. por Canavarro, Simões, Pereira & Pintassilgo, 2005, citado por Martins Ferreira, 2009; Almeida, 2008).

Muitos autores definem QDV como sendo o nível de satisfação com a vida, da qual depende do envolvimento de vários fatores, como os hábitos de vida, de atividade física, da percepção de bem-estar, das condições físicas e ambientais, do relacionamento familiar e da amizade (Neri, 2001).

Quando se fala em QDV a questão da saúde física é considerada como uma componente de extrema importância. No entanto, os problemas físicos acarretam também consequências a nível psicológico, como por exemplo, as dificuldades na locomoção que podem traduzir-se na perda de autonomia e levam a situações de baixa auto-estima (Pimentel, 2005),

Segundo a Organização Mundial de Saúde a QDV é a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nas quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (1995, citado por Martins, 2006).

O conceito de QDV varia consoante a perspectiva de cada indivíduo, sendo que para uns é considerada como unidimensional e para outros, multidimensional (Galisteu et al 2006).

Assim, o termo QDV é uma das dimensões da vida humana em que o indivíduo procura ativamente uma vida saudável, desenvolvida à luz do bem-estar ou satisfação, refletindo a função física, mental, intelectual de cada indivíduo, o que o habilita a participar nas atividades (Anderson e tal., 1998, citado por Henriques & Sá, 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1998) ter QDV não é ter ausência de doença, mas também se revelam importantes fatores como a longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, disposição, prazer e espiritualidade.

Deste modo e dada a versatilidade e subjetividade do conceito, podemos concluir que ter QDV é proporcionar um conjunto de condições, para que os indivíduos

possam desenvolver ao máximo as suas potencialidades, vivendo, sentindo, trabalhando e produzindo (Santos et al., 2002).

O envelhecimento da população ao nível mundial acarreta no presente e trará no futuro mudanças profundas em todos os setores da sociedade. Neste sentido, destaca-se a relevância científica e social de se investigar sobre as condições que interferem no bem-estar na senescência e os fatores associados à QDV de idosos, no intuito de criar alternativas de intervenção e propor ações e políticas na área da saúde, que respondam às necessidades da população que envelhece (Fleck et al, 2003).

No âmbito da velhice, a QDV está intimamente relacionada com a manutenção de autonomia, que para o idoso pode ser percebida como o desempenho das actividades de vida diária (Galisteu et al, 2006).

Santos et al. (2002) consideram que a QDV do idoso compreende a consideração de diversos critérios de natureza biológica, psicológica e socioestrutural, pois vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controlo cognitivo, competência social, produtividade, continuidade de papéis familiares e ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos.

Paúl & Fonseca (2005) salientam que a QDV e a satisfação com a vida dos idosos varia na medida em que variam os fatores determinantes no envelhecimento bem sucedido: serviços sociais e de saúde, características comportamentais e pessoais, meio físico, características sociais e económicas.

Investigações sobre QDV e a situação socioeconómica demonstram a existência de correlação positiva entre as duas variáveis, da mesma forma que problemas financeiros reduzem o bem-estar dos idosos (Jakobson et al, 2004).

Castélon (2003) defende que a associação entre envelhecimento e QDV é algo que adquire uma importância cada vez maior nas sociedades ocidentais contemporâneas. O mesmo autor salienta que o conceito QDV se constitui como um dos principais indicadores que se deve ter em atenção no momento de avaliar a condição de vida dos idosos.

QDV é particularmente importante na terceira idade e em idosos em situação vulnerável. O estado de saúde tem influência significativa na QDV, bem como no funcionamento cognitivo e social (Efklides et al, 2006).

Paúl & Fonseca (2005) referem que muitos defendem que a QDV passou a ser vista como um indicador de adaptação ao envelhecimento e este facto, fez com que

surgisse por parte da comunidade científica um crescente interesse pela população idosa e a sua qualidade de vida. Num estudo realizado por estes autores, em Portugal, como objetivo de avaliar as condições dos idosos em contexto rural, verificou-se o seguinte:

- A QDV física varia de acordo com as atividades de vida diária, podendo favorecer o seu desempenho;
- A QDV psicológica varia de acordo com as variáveis sociodemográficas, tais como, género, estado civil, nível de escolaridade, rendimento e nível socioeconómico. O sexo masculino é favorecido; quanto ao estado civil, os casados são privilegiados; em relação ao nível de educação e rendimento, estão favorecidos os mais instruídos e com um nível socioeconómico mais elevado.

Outra investigação levada a cabo, indica que as mulheres idosas apresentam desvantagens claras no que concerne à saúde, independência e mobilidade física quando comparadas com os homens, bem como, maior dependência, independentemente da idade ou de viverem em zonas rurais ou urbanas (Barreto et al, 2004).

Investigadores na Áustria, chegaram a conclusões semelhantes, através de um estudo sobre as diferenças de sexo na QDV relacionada com a saúde, numa amostra de 160 idosos (Kirchengast & Haslinger, 2008). Estes autores referem ainda que as idosas relataram ter menos QDV do que os idosos, já que as mulheres demonstraram estarem mais dependentes de medicação, sentem-se significativamente menos seguras no dia a dia e estão menos satisfeitas consigo próprias do que os homens da amostra.

Numa investigação feita por Lai et al (sd), com idosos institucionalizados, os resultados revelaram que estes apresentam níveis elevados de QDV (2005, citado por Martins Ferreira, 2009)

Num estudo realizado por Andrade & Martins (2011), com o objetivo de estudar a funcionalidade familiar e a QDV dos idosos, as autoras verificaram que no que concerne as características sociodemográficas, apenas a idade influencia a perceção da QDV, sendo que quanto maior for a idade do indivíduo pior é a QDV dos idosos. Segundo as autoras este resultado estará associado ao facto de que à medida que os anos passam os problemas de saúde aumentam, assim como a probabilidade de o indivíduo sofrer perdas, o que vai influenciar a QDV destes idosos.

Fernández- Ballesteros citado por Silva (2009), verificou que o grau de QDV dos idosos está diretamente relacionado com o contexto e as circunstâncias em que estes vivem bem como o estilo de vida adotado, a posição social, a idade e o sexo.

Almeida (2008), num estudo que avaliou a QDV de idosos na região de Lamego, através da Grelha de Avaliação de QDV, verificou que a maioria dos indivíduos da amostra apresentava valores satisfatórios de QDV. No que concerne às dimensões da QDV, verificou que a maioria dos idosos tem uma comunicação centrada na residência, e mobiliza-se sem ajuda ou recorrendo a ajudas técnicas. As atividades de vida diária, são realizadas com a ajuda de outras pessoas. A maioria dos idosos não frequenta atividades ocupacionais, nem lúdicas. Em relação à ajuda, verifica-se que a maioria possui ajuda entre os elementos da família e o idoso. Finalmente no que concerne aos recursos económicos, a maioria refere-os como insuficientes.

Ainda no mesmo estudo Almeida (2008) verificou, relativamente às variáveis sociodemográficas, que os idosos do sexo masculino são os que apresentam um índice de qualidade de vida mais elevado. Quanto ao grupo etário, verificou que à medida que a idade aumenta a QDV diminui. No entanto, no que diz respeito ao estado civil, concluiu que os idosos casados apresentam uma média de QDV superior aos idosos viúvos. Em relação as habilitações literárias constataram que à medida que a literacia aumenta, aumenta também a média de QDV.

Num estudo realizado por Martins (2004) concluiu-se que quanto mais elevada for a idade do idoso, menor será a qualidade de vida. Resultados idênticos foram encontrados noutro estudo em que a idade avançada associa-se a piores níveis de QDV relacionada com a saúde (Garcia et al, 2005). Estes dados vão ao encontro dos resultados obtidos por um grupo de investigadores (Figueira et al, 2008) que, à semelhança de outros, concluem que a QDV diminui com a idade e que as perdas de autonomia, a participação das actividades e a participação social também vão diminuindo.

Por outro lado, Nikpour et al. (2007), numa das suas investigações não encontrou diferenças significativas na QDV em função da idade, estado civil ou viver sozinho/acompanhado. Encontraram relações significativas entre a QDV e a QDV percebida pelos idosos. Os autores concluem que, após ampla revisão bibliográfica, não existe consenso na literatura acerca da existência de diferenças na QDV baseadas em variáveis sociodemográficas, mas, salientam que a QDV se encontra relacionada com o estado de saúde percebido e o número de doenças crónicas.

Uma investigação levada a cabo na cidade de Teerão, que relaciona a QDV dos idosos com características sociodemográficas, numa amostra de 410 idosos, com mais de 60 anos, a viver na comunidade e cognitivamente não afetados, permitiu verificar

que em média os idosos consideram a sua QDV como “moderada” (Nikpour et al, 2007).

A satisfação com a saúde foi a variável que mais contribui para a avaliação da QDV em amostras de estudos realizados no Canadá (202 idosos) e Brasil (288 idosos), contribuindo também para a variação da QDV. Fatores como, “ter dinheiro suficiente”, “ter um propósito na vida” e oportunidades para atividades de lazer, sendo que, comparativamente, a QDV foi avaliada mais positivamente pelos canadenses do que pelos brasileiros (Paskulin & Molzahn, 2007).

b) Atitudes dos idosos em relação à velhice

As atitudes têm sido objeto estudos por parte de vários autores em todas as épocas. De acordo com Chaplin (1981, p.89), atitude é “uma predisposição relativamente estável e duradoura do indivíduo para se comportar ou reagir de determinada forma em relação a pessoas, objetos, instituições ou acontecimentos”.

Para Berger (1995), uma atitude é uma disposição em relação a uma pessoa ou um grupo de pessoas, ou um conjunto de juízos de valor que conduz a um comportamento, que leva a agir.

Duque (1999), refere-se a atitudes como sendo disposições favoráveis ou desfavoráveis relativamente a objetos, pessoas e acontecimentos, ou em relação a algum dos seus atributos.

As atitudes, por norma geram-se na família, na sociedade e também se originam individualmente, ou seja, tendemos a adotar as atitudes que imperam na cultura em que estamos inseridos. Deste modo, as pessoas procedem de forma diferenciada ao mesmo estímulo, em parte porque o compreendem e sentem de maneira diferente, de acordo com a sua experiência de vida e com os valores que ao longo da vida vão assimilando (Ramos, 2005).

Neto (1998) também afirma que as nossas atitudes resultam de diversas experiências vitais e únicas. Como tal, são influenciadas pelas pessoas significativas nas nossas vidas e pela forma como assimilamos a informação acerca desta aldeia global.

Existem três componentes estritamente interligadas nas atitudes: cognitiva (opiniões ou crenças), afetiva (sentimentos concomitantes) e comportamental (tendência para atuar de uma determinada forma). Estas três componentes reforçam-se reciprocamente, criando uma estrutura de conjunto, que tende a permanecer estável

(López & Fuertes, 1999).

O conceito de atitude faz parte de um grupo em que se configuram também as noções de crenças, preconceitos, estereótipos valores e ideologia (Todaro, 2008). Deste modo, as atitudes são aprendidas no processo de socialização, no ambiente em que estão inseridas; podem ser organizadas em sistemas e sujeitas a avaliação. Conforme Rodrigues et al (2007), as atitudes envolvem o que as pessoas pensam, sentem e como se gostariam de comportar em relação a um objecto.

Farias et al (2012), referem que as atitudes podem agir como mecanismos para enfrentar a velhice.

Os gerontólogos sociais afirmam que atitudes preconceituosas em relação à velhice determinam práticas sociais que contribuem para a manutenção de ideias discriminativas, preconceituosas e paternalistas. Tais fenómenos influenciam as atitudes dos idosos perante a velhice, visto que as atitudes da sociedade em relação ao idoso interferem na sua percepção e determinam a forma de ver a velhice (Neri & Resende, 2009)

De acordo com Couto (2005), as atitudes preconceituosas e a discriminação contra o idoso podem ser prejudiciais principalmente no âmbito das relações interpessoais. Neste sentido, os aspetos mais atingidos são a percepção que o idoso tem de si e o sentimento de segurança na comunidade em que está inserido. Isto indica que experiências de discriminação fazem com que o idoso se isole ou, até mesmo, diminua a sua vontade de viver.

Uma pesquisa realizada por Neri (1996) com adultos e idosos que frequentavam universidades de terceira idade, mostrou que as atitudes em relação aos idosos são positivas e as expectativas em relação à própria velhice ainda mais positivas, independentemente da idade, género, escolaridade e região de residência.

Silva (1999), no seu estudo verificou que 41,05% de idosos apresentavam uma opinião positiva sobre o que é ser velho, 20 % opiniões negativas e 38,95 opiniões neutras, numa amostra de 100 idosos.

Paúl e Fonseca (2005), numa investigação com idosos portugueses, concluíram que os idosos urbanos apresentam atitudes mais negativas face ao envelhecimento do que os idosos rurais.

Num estudo feito a três grupos de idosos de culturas diferentes – chineses imigrantes que vivem no Reino Unido, chineses que vivem em Pequim e escoceses que vivem na Escócia - sobre as atitudes em relação ao envelhecimento constatou-se que os

chineses imigrantes e os escoceses tinham atitudes semelhantes em relação ao envelhecimento. Os chineses que vivem em Pequim tinham uma visão mais negativa em relação ao envelhecimento (Laidlaw et al, 2010).

Uma pesquisa feita por Farias et al,(2012), constituída por uma amostra de 54 idosos, revelou que as atitudes dos idosos em relação à velhice pessoal, foram na sua maioria positivas. Verificou-se que 70,4% de idosos apresentam atitudes positivas em relação ao domínio “ É possível ser feliz na velhice”, 47% para o domínio “A velhice prenuncia dependência, morte e solidão”, 65,8% em relação ao domínio “ É melhor morrer cedo do que sentir a angústia e a solidão da velhice” e por fim 97,2% para o domínio “ A velhice pode propiciar sentimentos de integridade”.

Uma investigação levada a cabo na Turquia, que relaciona a QDV e as atitudes em relação aos idosos que estão em Lares, numa amostra de 120 idosos, com mais de 65 anos, no qual foram utilizados como instrumentos de medição o WHOQOL-OLD para avaliar a QDV e o AAQ para avaliar as atitudes em relação ao envelhecimento, permitiu verificar que existe uma relação significativa entre estas duas variáveis. No geral, a QDV e as atitudes tiveram uma relação positiva. As dimensões das atitudes em relação ao envelhecimento (perda psicossocial, mudança física e desenvolvimento psicológico) foram preditores significativos para a QDV dos idosos. O género não afecta a QDV.

Constatou-se que a felicidade é importante para se ter uma boa QDV. Os resultados ainda mostraram o quão é importante ter uma boa QDV na velhice (Top & Dikmetas, 2012).

Um outro estudo, numa província da Turquia, onde foram utilizados os mesmos instrumentos de medição do estudo descrito a cima, a 550 idosos, no qual se queria investigar a QDV e atitudes em relação ao envelhecimento dos idosos, dessa província da Turquia, os autores concluíram igualmente que existe uma relação significativa entre as duas variáveis. As dimensões das atitudes em relação ao envelhecimento (mudança física e desenvolvimento psicológico) também foram preditores significativos da QDV dos idosos. Verificou-se que as variáveis género, escolaridade, idade e estado civil afetam algumas dimensões da qualidade de vida e algumas subescalas de atitudes em relação à velhice (Top; Eris & Kabalcioğlu, 2012).

Uma pesquisa feita por Teixeira (2009), num estudo piloto, numa amostra de seniores portugueses, onde foi utilizado o AAQ, verificou que não foram observadas diferenças significativas entre o pré e pós-teste nos fatores Perdas psicossociais (pré-teste = 12; pós-teste= 13,2), Mudanças Físicas (pré-teste = 15,4; pós-teste = 15,6) e

Desenvolvimento Psicológico (pré-teste =17,8; pós-teste = 19,2). Na escala total podemos verificar que o valor do pré-teste é de 90,8 e do pós-teste é de 90,6, continuando a não ser diferenças significativas (0,19).

c) Instrumentos para avaliar a Qualidade de Vida e as Atitudes

A literatura apresenta vários instrumentos para avaliar a QDV e as atitudes, no entanto, para este estudo o instrumento utilizado para avaliar a QDV foi o WHOQOL-AGE e para as atitudes foi o Questionário das Atitudes em relação ao envelhecimento (AAQ) pelo que nos iremos debruçar apenas sobre estes dois.

WHOQOL-AGE

A Organização Mundial de Saúde, na década de 90, fundou um grupo de investigação (WHOQOL Group) composto por diversos especialistas de várias culturas, com o objetivo de construir um instrumento de avaliação da QDV que fosse transcultural (Canavarro & Serra, 2010, citado por Martins, 2012).

O WHOQOL-AGE é um instrumento construído por Caballero, Miret, Power, Chatterji, Tobiasz-Adamczyk, Koskinen, Leonardi, Olaya, Haro & Ayuso-Mateos (2013), desenvolvido e validado pelos mesmos autores, especificamente por haver necessidade de existir instrumentos curtos que avaliem a QDV de forma adequada, na população mais velha.

Este questionário mostrou ter boas propriedades psicométricas na Finlândia, Polónia e Espanha (Caballero et al, 2013)

O WHOQOL-AGE foi construído tendo por base outros instrumentos nomeadamente o WHOQOL-OLD e o Eurohisqol-8.

O WorldHealth Organization Quality of Life – Old Module (WHOQOL-OLD; Power, Quinn, Schmidt, & WHOQOL-Old Group, 2005) é um dos instrumentos de avaliação da QDV mais promissores. O módulo WHOQOL-OLD original é constituído por 6 factores: funcionamento sensorial; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; e intimidade. Segundo Vilar et al (2010), os estudos de adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa, incluíram grupos focais (profissionais em formação, cuidadores, adultos idosos da comunidade e institucionalizados). Os resultados nestes estudos corroboram a natureza multidimensional do constructo QDV, os fatores já existentes e identificam uma nova

dimensão, “família/vida familiar”, que foi incluída como fator do módulo WHOQOL-OLD português e está igualmente bem identificada a partir das respostas de uma amostra de 412 adultos idosos analisadas com recurso à Teoria de Resposta ao Item (Vilar, em preparação, citado por Simões, 2012). Na validação da versão portuguesa do WHOQOL-OLD foram utilizados outros instrumentos de avaliação da QDV (EUROHIS-QOL-8; SF-12) em amostras da comunidade e clínicas e realizado um estudo normativo.

O EUROHIS-QOL-8 (Versão Original: Schmidt, Muhlan & Power 2006; Versão Portuguesa: Pereira, Melo, Gameiro & Canavarro, 2011) é uma medida de avaliação da qualidade de vida composta, tal como o nome indica, por oito itens, e desenvolvida a partir das versões genéricas WHOQOL-100 e WHOQOL-Brief.

Do ponto de vista conceptual, cada um dos domínios (físico, psicológico, das relações sociais e ambiente) encontra-se representado por dois itens. O resultado é um índice global, calculado a partir do somatório dos oito itens, sendo que a um valor mais elevado corresponde uma melhor perceção da qualidade de vida. Todas as escalas de resposta têm um formato de cinco pontos, variando, por exemplo, entre “Nada” e “Completamente”. Seguindo as recomendações originais, os resultados dos domínios e da faceta geral foram transformados numa escala de 0 a 100 (Pereira et al., 2011). No estudo piloto, o EUROHIS-QOL-8 apresentou um alfa de Cronbach (α) de 0.78 (Power, 2003), no estudo de campo inicial, que envolveu uma amostra de 10 países (Schmidt, Muhlan, & Power, 2006), assim como nos estudos da versão Portuguesa (Pereira et al., 2011), apresentou um α de Cronbach de 0.83.

O WHOQOL-AGE foi desenvolvido especialmente para medir a QDV da população mais velha de forma a se conseguir entender a mudança para a velhice, no entanto, também é capaz de comparar a QDV dos mais velhos com a QDV dos mais jovens (Caballero et al (2013). Sendo assim, a amostra do estudo foi com população com > 50 anos e com população entre os 18 e os 49 anos. A amostra final do estudo foi composta por 9.987 participantes (18,5% da Finlândia, 39,5% da Polónia e 42,1% da Espanha).

É um instrumento composto por 13 itens positivos, avaliados numa escala de Likert de um (1) a cinco (5), em que (1) será o “muito insatisfeito” e o(5) o “muito satisfeito”.

Os dados deste estudo multicêntrico estão apresentados em dois quadros, um que descreve as características das amostras onde o instrumento foi validado (Quadro1),

outro onde consta características psicométricas decorrentes da validação desenvolvida (Quadro 2).

Ao analisar os dados do quadro 1, verifica-se que o sexo feminino predominou neste estudo. A média de idades é de 58,10. Constata-se que mais de metade dos inqueridos era casada.

Quadro 1 - Caracterização das amostras relativas à construção e validação do *WHOQOL-AGE*

País Autor	Ano	N	Amostra				
			Sexo		Idade		Estado Civil
			Fem.	Masc.	M	DP	
Finlândia, Polónia, Espanha Caballero et al	2013	9.987	56,7%	43,3%	58,10%	16,70%	60,3% Casados

N – Número da amostra **Fem.** – Feminino **Masc.** - Masculino **M** – Média **DP** – Desvio Padrão

No quadro 2 podemos encontrar os valores das características psicométricas na validação do *WHOQOL-AGE*. Em termos de confiabilidade o alfa Cronbach da totalidade da escala indica uma consistência interna adequada (0,91). Ao serem submetidos à análise fatorial os itens organizaram-se em dois fatores. O valor de alfa Cronbach nos dois fatores varia, sendo que o factor 1 tem um valor de 0,88 e o factor 2 de 0,84.

Quadro 2 - Características psicométricas do *WHOQOL-AGE* decorrente da validação

País Autor	Ano	Características Psicométricas		
		α Total	Factor 1	Factor 2
Finlândia, Polónia, Espanha Caballero et al	2013	0,91	0,88	0,84

Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ)

Em 2007 o Grupo *WHOQOL-OLD* desenvolveu uma medida de auto-relato a partir das atitudes expressas pela pessoa idosa face ao envelhecimento. O *AAQ* surgiu a partir dessa medida. A construção e validação deste instrumento foi com uma amostra de conveniência numa aplicação de campo composta por participantes de 20 centros *WHOQOL-OLD* espalhados por várias cidades mundiais. Desta forma, conseguiu-se um instrumento transcultural, que permite fazer comparações correndo um menor risco de enviesamento cultural (Chachamovich & Fleck, 2008; Chachamovich et al, 2008).

Este instrumento possui 24 itens, dividido em 3 subescalas, com 8 itens cada, que são Perdas Psicossociais (relativa a perdas significativas para os idosos, em que o envelhecimento é visto sobretudo como uma experiência negativa, que envolve perdas psicológicas e sociais); Mudanças Físicas (inclui itens relativos à saúde, exercício e experiência de envelhecer) e Desenvolvimento Psicológico (tem um foco positivo no que pode ser designado como sabedoria ou crescimento / desenvolvimento, incluindo itens que refletem ganhos positivos relativos ao próprio e à relação com outros, que poderão ser vistos como surpreendentes face ao envelhecimento) (Kalfoss, et al, 2010).

O AAQ foi validado no Brasil, Noruega, Canadá, China, Reino Unido. Os dados vão ser apresentados em dois quadros, um que descreve as características das amostras onde o instrumento foi validado (Quadro 3), outro onde constam as características psicométricas decorrentes da validação desenvolvida (Quadro 4).

Ao analisar os dados do quadro 3, verifica-se que o sexo feminino predominou em todos os estudos. Dos estudos em que se tem informação, constata-se que a amplitude média de idades será entre os 70,6 (Laidlaw et al, 2010) e os 77,62 (Kalfoss, et al, 2010). Só no estudo feito no Brasil é que se verifica que mais de metade da amostra vive sozinha (Chachamovich et al, 2008), enquanto nos restantes estudos se verifica exactamente o contrário, que mais de metade da amostra vive acompanhada. De salientar que em todos os estudos, mais de metade da amostra são pessoas saudáveis.

Quadro 3 - Caracterização das amostras relativas à construção e validação do AAQ

País Autor	Ano	N	Amostra					
			Sexo		Idade		Vivem Sozinhos	Saudáveis
			Feminino	Masculino	M	DP		
Laidlaw et al	2007	5.566	59%	41%	?	?	43%	72%
Brasil Chachamovich et al	2008	424	59%	41%	?	?	55%	59%
Canadá e Noruega Kalfoss et al	2010	202 (Canadá)	54% (Canadá)	46% (Canadá)	72,32 (Canadá)	7,8 (Canadá)	34,2% (Canadá)	84,7% (Canadá)
		490 (Noruega)	57,6% (Noruega)	40,8% (Noruega)	77,62 (Noruega)	7,2 (Noruega)	11,6% (Noruega)	81,4% (Noruega)
Reino Unido e China Laidlaw et al	2010	130	55%	45%	70,6	6,9	2% (CP) 3% (CI) 10% (PE)	65%

N – Número da amostra

M – Média

DP – Desvio Padrão

CP – Chineses em Pequim

CI- Chineses imigrantes

PE- Pessoas de Edimburgo

? – Sem Dados

No quadro 4 podemos encontrar os valores das características psicométricas na validação do AAQ. Em termos de confiabilidade o alfa Cronbach (α) da totalidade da escala de um dos estudos indica uma consistência interna adequada (0,86) (Laidlaw et al, 2007). Ao serem submetidos à análise fatorial os itens organizaram-se em três fatores

Quadro 4 - Características psicométricas do AAQ decorrentes das validações desenvolvidas nos vários países onde foi aplicado

País Autor	Ano	Características Psicométricas			
		α Total	Perda Psicossocial	Mudança Física	Desenvolvimento Psicológico
¹ Laidlaw et al	2007	0,86	0,84	0,68	0,75
Brasil Chachamovich et al	2008	?	0,86	0,67	0,804
Canadá e Noruega Kalfoss et al	2010	?	0,771 (Canadá) 0,727 (Noruega)	0,787 (Canadá) 0,749 (Noruega)	0,701 (Canadá) 0,727 (Noruega)
Reino Unido e China Laidlaw et al	2010	?	0,81	0,81	0,74

? – Dados desconhecidos

Tendo por base os pressupostos teóricos apresentados anteriormente definiu-se os seguintes objetivos para este estudo correlacionado: Validar transculturalmente o instrumento, *WHOQOL-AGE* para a população idosa portuguesa; Determinar as características sociodemográficas, familiares e profissionais dos Idosos; Conhecer a percepção dos idosos sobre o seu estado de saúde; Determinar a qualidade de vida e as atitudes dos idosos face ao envelhecimento; Determinar a relação entre as atitudes e qualidade de vida dos idosos; Determinar a relação entre a qualidade de vida e a idade, percepção do estado de saúde, a intensidade de preocupação da família, sexo, existência de filhos, mobilidade, doença diagnosticada e residência; Determinar a relação entre as atitudes dos idosos face ao envelhecimento e a idade, percepção do estado de saúde, a intensidade de preocupação da família, sexo, existência de filhos, mobilidade, doença diagnosticada e residência.

Foram igualmente definidas três hipóteses: Existem diferenças estatisticamente significativas entre as atitudes dos idosos face ao envelhecimento e a idade, a percepção do estado de saúde e a intensidade de preocupação da família, sexo, existência de filhos, mobilidade, doença diagnosticada e residência e Existem diferenças estatisticamente significativas entre a qualidade de vida dos idosos face ao envelhecimento e a idade, a percepção do estado de saúde e a intensidade de preocupação da família, sexo, existência de filhos, mobilidade, doença diagnosticada e residência e Existe correlação significativa entre as atitudes dos idosos face ao envelhecimento e a sua qualidade de vida

¹Edinburgh , Barcelona, Bath, Beer-Sheva , Budapest, Guangzhou , Izmir , Oslo, Porto Alegre, Prague, Seattle, Tokyo, Umea , Vilnius, Victoria

2. Metodologia

Fortin (2003, p.43) considera que “o processo de investigação compreende uma série de etapas progressivas, que permitem a realização de um projeto de investigação: as fases conceptuais, metodológicas e empíricas, e as etapas correspondentes”.

A metodologia é o conjunto dos métodos e das técnicas que acompanham a elaboração do processo da investigação científica, ou seja, será seguir as etapas sistemáticas preconizadas num processo de investigação (Fortin, 2003).

O conhecimento científico, apresenta-se para Fachin (2003) como o resultado de uma investigação que segue uma metodologia, baseada na realidade de factos e fenómenos capaz de analisar, descobrir, concluir, criar e resolver novos e antigos problemas.

Neste capítulo, e na sequência do enquadramento teórico, descrevemos a metodologia utilizada para o desenvolvimento da investigação sobre a qualidade de vida e as atitudes dos idosos face à velhice.

2.1 - População e Amostra

A amostra deste estudo é constituída por 100 indivíduos de ambos os sexos com idade igual ou superior a 65 anos, sem défice cognitivo, residentes em Portugal. A escolha desta faixa etária prende-se com o conceito administrativo de idoso segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) para os países desenvolvidos.

Para avaliar se o idoso apresentava ou não deficit cognitivo foi aplicado o Mini-Mental State (Anexo 1) de Folstein, Folstein & McHugh (1975) validado para a população portuguesa por Guerreiro, Botelho, Leitão, Castro-Caldas & Garcia (1994).

O Mini-Mental é uma medida objetiva e breve que avalia de forma estruturada algumas funções cognitivas tais como: a orientação temporal e espacial, a memória de retenção e evocação, a atenção e o cálculo, as atividades ligadas à linguagem, podendo ser aplicada em 5 a 10 minutos (Guerreiro et al , 1994).

No total são 30 itens, com pontuação de 0 e 1. Foram calculados três pontos de corte, de acordo com a escolaridade dos indivíduos: analfabetos – 0 a 15 pontos (com demência), 16 a 30 pontos (sem demência); 1 a 11 anos de escolaridade – 0 a 22 pontos (com demência), 23 a 30 pontos (sem demência); mais de 11 anos de escolaridade – 0 a 27 pontos (com demência), 28 a 30 pontos (sem demência) (Guerreiro et al , 1994).

Todos os indivíduos após a informação sobre o estudo assinaram o consentimento informado (Anexo 2).

Tendo presente que a amostra foi selecionada por razões de acessibilidade por parte da investigadora a mesma pode ser classificada de não probabilística por conveniência. Segundo Hill & Hill (2005), com amostras por conveniência, não se pode extrapolar os resultados com confiança para a população em geral. No entanto, devido à limitação temporal para a realização deste estudo, este método de amostragem revelou-se adequado, em termos de facilidade e rapidez para encontrar o número de participantes pretendidos.

2.2 - Instrumento de Colheita de Dados

Neste estudo foram adotados três instrumentos de recolha de dados, sendo eles, o questionário sociodemográfico (Anexo 3), o WHOQOL-AGE (Anexo 4) e o Questionário das Atitudes em Relação ao Envelhecimento (AAQ) (Anexo 5).

a) Dados Sociodemográficos

Este questionário é constituído pelas seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, rendimentos, residência, condições de habitabilidade, mobilidade, número de filhos, contacto com familiares e perceção do estado de saúde.

b) AAQ – Atitudes dos idosos face ao envelhecimento

A AAQ foi validada para a população portuguesa por Teixeira (2009), com uma amostra de 119 participantes com idades compreendidas entre os 45 e os 80 anos. Após a determinação das características psicométricas a escala ficou constituída por 14 itens e três fatores sendo eles: fator Perda Psicossocial (itens 3, 6, 9, 12, 17), fator Mudança Física (itens 14, 16, 23, 24) e fator Desenvolvimento Psicológico (itens 1, 2, 5, 10, 19).

Este instrumento está dividido em duas partes, a primeira parte corresponde à parte geral, no qual fazem parte os itens de 1 a 5 (é pedido ao participante que responda o quanto concorda com cada uma das afirmações que se referem a pessoas idosas de uma forma em geral), à outra parte do questionário pertencem os itens de 6 a 14 que evidenciam uma parte mais pessoal (é pedido ao participante que assinale o quão verdadeiras são as afirmações relativamente a si próprio). As questões do AAQ são individualmente pontuadas em uma escala tipo *likert* de 5 pontos, mas na parte geral os participantes respondem de (1) “discordo totalmente” a (5) “concordo totalmente”,

enquanto na parte pessoal respondem de (1) “nada verdadeiro” a (5) “extremamente verdadeiro”. Os itens da escala estão escritos, uns de uma forma positiva, outros negativa. Na subescala Perdas Psicossociais os itens, não estão formulados numa direção positiva, significando que, para este domínio, pontuações mais altas não denotam melhor atitude diante do envelhecimento.

A cotação das respostas é obtida mediante o cálculo numérico da pontuação obtida em cada subescala. Uma vez que na subescala Perdas Psicossociais, os itens não estão formulados numa direção positiva, quando se faz a pontuação total, terá que se inverter primeiramente o total desta subescala e só depois somar com as outras subescalas.

c) *WHOQOL-AGE*- Qualidade de vida dos idosos

Por não termos localizado nenhum instrumento específico para avaliar a qualidade de vida dos idosos optamos por validar para a população portuguesa o WHOQOL-AGE. Este é um instrumento construído por Caballero, Miret, Power, Chatterji, Tobiasz-Adamczyk, Koskinen, Leonardi, Olaya, Haro & Ayuso-Mateos (2013), desenvolvido e validado pelos mesmos autores, especificamente por haver necessidade de existir instrumentos curtos que avaliem a QDV de forma adequada, na população mais velha.

Está dividido em dois fatores, em que do fator um faz parte as questões 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8 e do fator dois as questões 9, 10, 11, 12 e 13, a questão 1 faz parte dos dois fatores.

No questionário o indivíduo assinala a forma como se sente em relação à sua QDV (muito insatisfeito (1) / muito satisfeito (5)), sendo que as pontuações elevadas indicam melhor QDV.

A pontuação do instrumento de cada fator é calculada da seguinte forma:

-Fator 1= $Q1/2+Q2+(Q3+Q5/2)+Q4+Q6+Q7+Q8$

- Fator 2= $Q1/2+ (Q9+Q10+Q11/3)+Q12+Q13$

Tendo presente que o WHOQOL-AGE está em língua inglesa há necessidade de proceder a tradução e adaptação cultural da mesma.

Segundo, Hill & Hill (2005), a adaptação de qualquer medida psicológica a uma outra língua envolve uma série de passos, muitos dos quais para reduzir os problemas

comuns decorrentes de qualquer trabalho de tradução. A figura 1 apresenta, o processo envolvido na tradução e adaptação para a língua portuguesa da medida estudada.

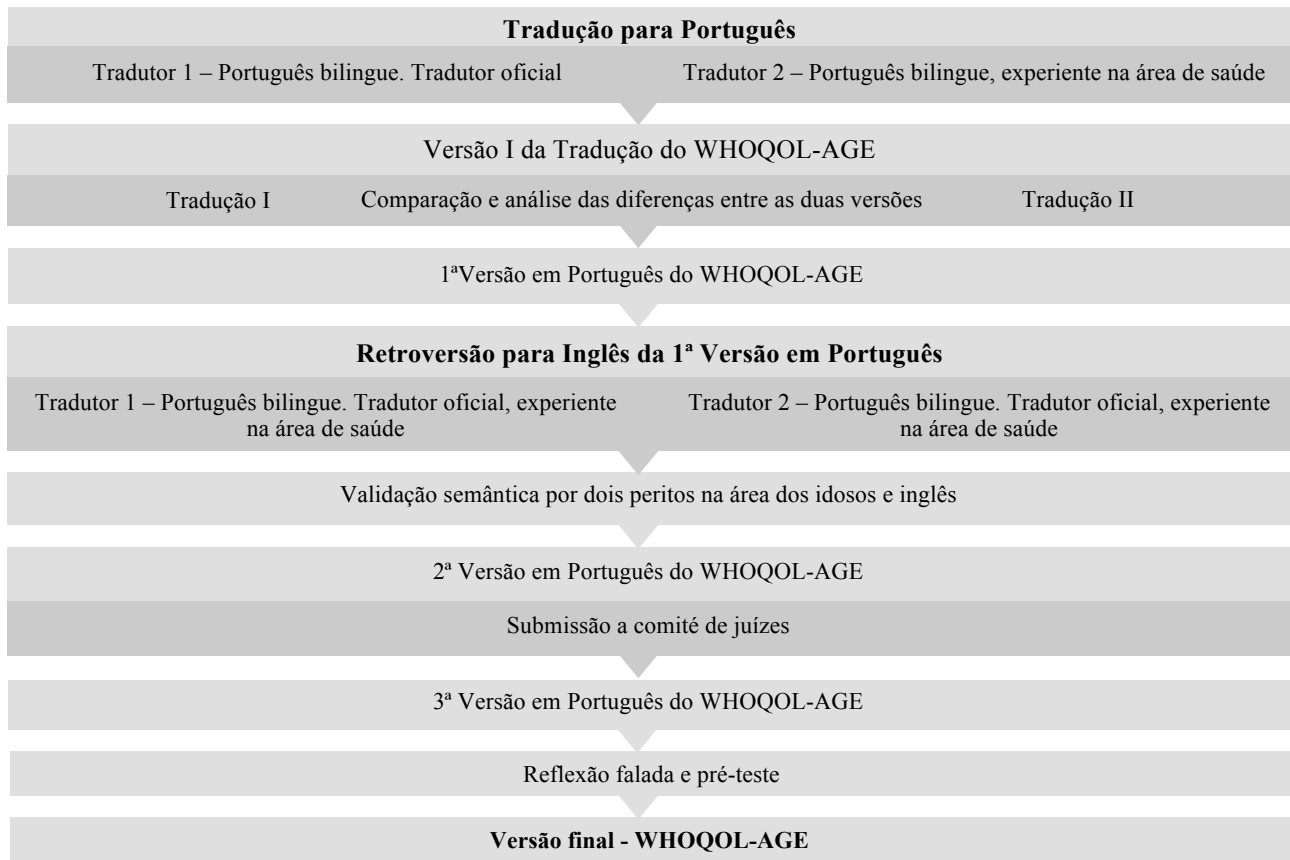


Figura 1 - Processo de tradução e adaptação para a Língua Portuguesa do WHOQOL-AGE

Antes da aplicação final, realizamos o pré-teste. Nesta linha de pensamento, o objetivo foi determinar se o questionário heteropreenchido estava redigido com clareza e se as escalas de resposta estavam adequadas. Similarmente pretendemos avaliar as condições de aplicação, nomeadamente o tempo médio de preenchimento.

O pré-teste foi realizado a um total de seis idosos institucionalizados. Este procedimento decorreu em Dezembro de 2013, não tendo sido necessário nenhuma alteração na escala.

2.3 - Procedimentos formais e éticos

Para se poder validar o WHOQOL-AGE foi solicitada a autorização aos autores. Após a sua autorização (anexo 6) procedeu-se ao pedido de autorização para colheita de dados numa Instituição Particular de Solidariedade Social (anexo 7). Foram ainda aplicados instrumentos a idosos que se encontravam em jardins públicos os quais eram convidados a participar no referido estudo dando-lhes uma breve explicação sobre o que consistia a sua participação. Foi-lhes explicado o instrumento e a forma do seu preenchimento, de maneira a participarem livremente no sentido de obter o seu consentimento. Deste modo, caso colaborassem no estudo, e antes da respetiva assinatura do consentimento informado (Anexo 2), foi efetuado o esclarecimento de dúvidas. Além disso, foi referido que a sua participação era voluntária e que tinham o direito de se retirar em qualquer momento da investigação na qual tinham previamente aceite participar, sem o dever de justificar a sua retirada e sem serem penalizados, se o desejassem, teriam igualmente acesso aos resultados do estudo. Foi-lhes garantido o anonimato e a confidencialidade de tudo o que disseram ou questionaram.

2.4 - Processamento de dados

Após esta recolha procedeu-se ao lançamento e processamento dos dados no programa de análise estatística de dados SPSS (Statistical Package for Social Sciences).

A análise dos dados foi feita recorrendo à estatística descritiva: frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (médias aritméticas e medianas) e medidas de dispersão e variabilidade (mínimo, máximo e desvio padrão).

As propriedades psicométricas do instrumento estudado foram calculadas utilizando medidas descritivas de resumo, correlações de cada item com o total (excluindo o respetivo item) e o alfa de Cronbach utilizado como medida de fidelidade interna dos instrumentos.

A validade de construto foi efetivada através da análise fatorial exploratória.

Para a determinação da relação entre as variáveis em estudo, utilizamos o teste de Correlação de Spearman e o teste U de Mann Whitney em virtude da amostra não ter distribuição normal (teste de Kolmogorov – Smirnov).

3. Resultados

De seguida irão ser apresentados os resultados obtidos na elaboração deste estudo, tendo presente os objetivos definidos anteriormente.

a) Variáveis Sociodemográficas, Familiares e Profissionais

Pela análise da tabela 1, podemos verificar que dos 100 idosos, 48 (48%) são do sexo feminino e 52 (52%) são do sexo masculino. Relativamente ao estado civil pode-se constatar que 59% da amostra é casada.

Verificamos igualmente que a média de idade dos idosos é de 74,7 (DP=6,8). Relativamente às habilitações literárias, constatamos que 71 (71%) idosos frequentou a escola até à 4ª classe, 20 (20%) são analfabetos, 2 (2%) são licenciados, e os restantes 7 (7%) frequentaram entre o 5º ano e o 2º ciclo.

Quanto à profissão constata-se que 92 (92%) idosos são reformados e por isso os seus rendimentos advêm da reforma, e que 4 (4%) nunca trabalhou.

Podemos verificar que 91 (91%) da amostra tem filhos e que 67 (67%) da mesma mantém contacto diário com os mesmos e outros familiares. Apenas 11 (11%) da amostra não mantém qualquer tipo de contacto com filhos ou familiares. Relativamente à preocupação da família com o idoso 43 (43%) dos participantes referem que a sua família se preocupa muito consigo, enquanto 6 (6%) refere se preocupar muito pouco.

Mais de metade da amostra (56 (56%)) vive em casa própria, com familiares. Estão institucionalizados 13% dos idosos. É importante referir que 96 (96%) da amostra refere viver com boas condições de habitabilidade.

Verifica-se que 84 (84%) dos participantes não frequenta qualquer tipo de atividade e que apenas 15 (15%) frequenta o centro de dia e 1(1%) a universidade de terceira idade.

Tabela 1: Distribuição das respostas da amostra quanto aos dados sociodemográficos familiares e profissionais

Variáveis Sociodemográficas, familiares e Profissionais		Nº	%
Sexo	Feminino	48	48,0
	Masculino	52	52,0
Estado Civil	Solteiro/a	5	5,0
	Casado/a	59	59,0
	Viúvo/a	31	31,0
	Divorciado/a	5	5,0
Habilitações	Analfabeto	20	20,0
	Até à 4ª Classe	71	71,0
	5º Ano	1	1,0
	8º Ano	1	1,0
	1º Ciclo	2	2,0
	2º Ciclo	3	3,0
	Licenciatura	2	2,0
Profissão	Reformado	92	92,0
	Empregado	3	3,0
	Desempregado	1	1,0
	Nunca Trabalhou	4	4,0
Rendimentos	Reforma	92	92,0
	Sem Rendimentos	6	6,0
	Ordenado	3	2,0
Filhos	Sim	91	91,0
	Não	9	9,0
Número de filhos	0	9	9
	1	25	25
	2	47	47
	3	15	15
	4	3	3
	5	1	1
Contacto com os filhos ou outros familiares	Sim	96	96,0
	Não	4	4,0
Residência	Casa própria mas sozinho/a	19	19,0
	Casa própria com familiares	56	56,0
	Casa dos filhos	2	2,0
	Instituição	13	13,0
	Outra	10	10,0
Condições de habitabilidade	Sim	96	96,0
	Não	4	4,0
Frequência de atividades	Não frequenta	84	84,0
	Centro de dia / Centro de Convívio	15	15,0
	Universidade 3º idade	1	1,0
Intensidade de preocupação da Família	Muito	43	43,0
	Bastante	33	33,0
	Nem muito nem pouco	15	15,0
	Pouco	3	3,0
	Muito pouco	6	6,0
Quantas vezes por semana contata com filhos / familiares	Todos os dias	67	67,0
	3 x por semana	6	6,0
	2 x por semana	16	16,0
	Nunca	11	11,0

b) Estado de Saúde

No presente estudo só 49 (49%) dos participantes afirma não ter nenhuma doença diagnosticada. No entanto, 49 (49%) dos idosos referem que o seu estado de saúde não está nem bom nem mau e apenas 2 (2%) refere ter uma saúde bastante boa. Neste estudo a doença mais comum é a hipertensão, que afeta 10 (10%) dos idosos. Relativamente à mobilidade 82 (82%) dos idosos referem ser autónomos não necessitando de ajudas técnicas para se movimentarem (tabela 2).

Tabela 2: Distribuição das respostas da amostra quanto ao estado da saúde

Variáveis Estado de Saúde		Número	%
Doença	Sim	51	51,0
	Não	49	49,0
Qual	Nenhuma	48	48,0
	Arritmia Cardíaca	2	2,0
	Diabetes	9	9,0
	Hipertensão	10	10,0
	Trombose / AVC	6	6,0
	Doença intestinal	2	2,0
	Artroses	4	4,0
	Doenças do coração	6	6,0
	Problemas de Coluna	1	1,0
	Doença Oncológica	3	3,0
	Silicose	1	1,0
	Insuficiência Cardíaca	3	3,0
	Reumatismo	1	1,0
	Doenças oftalmológicas	1	1,0
	Leucemia	1	1,0
	Osteoporose	2	2,0
Perceção do estado de saúde	Bastante mau	3	3,0
	Mau	17	17,0
	Nem bom, nem mau	49	49,0
	Bom	29	29,0
	Bastante bom	2	2,0
Mobilidade	Com ajudas técnicas	18	18,0
	Sem ajudas técnicas	82	82,0

c) Qualidade de Vida do Idoso

Antes de determinar a qualidade de vida do idoso procedemos à determinação das características psicométricas do WHOQOL-AGE. A adaptação cultural, linguística e semântica foram descritas no capítulo da metodologia.

Consistência interna do WHOQOL-AGE

Para sabermos se o WHOQOL-AGE tinha uma boa fidelidade, fizemo-lo através da determinação do alfa de Cronbach. Para Maroco & Garcia-Marques (2006) um instrumento ou teste é classificado como tendo fiabilidade apropriada quando o alfa é pelo menos 0,70.

Posto isto, podemos verificar através da tabela 3 que os valores de alfa do instrumento são bons não só para os itens como para o total da escala - 0,895.

Ao realizarmos a inspeção da correlação de Pearson de cada item com o total da escala, verificamos que os valores oscilam entre 0,336 e 0,757. Todos os itens apresentam correlações superiores a 0,20, referido por Almeida & Freire (2007) como sendo o desejado.

De salientar que é no item “Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?” que os idosos têm menor qualidade de vida.

Tabela 3: Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) do WHOQOL-AGE

Itens	Média	DP	r de Pearson corrigido	Alfa de Cronbach corrigido
1. Como classificaria a sua qualidade de vida?	3,2	1,1	0,698	0,882
2. Quão satisfeito está com a sua audição, visão ou outros sentidos no geral?	3	1	0,336	0,899
3. Quão satisfeito está com a sua saúde?	3	1,1	0,627	0,885
4. Quão satisfeito está consigo próprio?	3,7	0,9	0,605	0,887
5. Quão satisfeito está com a sua capacidade de executar atividades da vida diária?	3,7	1,2	0,757	0,878
6. Quão satisfeito está com as suas relações pessoais?	3,8	0,8	0,625	0,886
7. Quão satisfeito está com as condições da sua habitação (a sua casa)?	3,9	0,9	0,575	0,888
8. Quão satisfeito está com a forma como usa o seu tempo?	3,7	0,7	0,573	0,889
9. Tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	3,5	1	0,714	0,881
10. Quanto controlo tem sobre as coisas que gosta de fazer?	3,4	1,1	0,703	0,881
11. Até que ponto você está satisfeito com as oportunidades que tem para continuar a sentir-se realizado?	3,2	0,8	0,640	0,886
12. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	2,9	1,1	0,455	0,895
13. Quão satisfeito está com as relações íntimas na sua vida?	3,6	1,1	0,490	0,892

Análise fatorial do WHOQOL-AGE

Como poderemos confirmar na tabela seguinte e apesar dos bons valores de Kaiser-Meyer-Olkin Measure e cumunalidades verificamos, que a distribuição dos itens não coincide, tendo muitas diferenças do estudo original, pelo que se optou por não terminar a validação de constructo. Num estudo posterior, pretende-se aumentar o tamanho da amostra para se tentar encontrar uma solução idêntica ao do original e assim realizar a análise fatorial confirmatória à semelhança do autor original. Pelas razões expostas, optamos por utilizar o instrumento fazendo a análise de todos os itens isoladamente.

Tabela 4: Matriz de componentes principais após rotação *varimax* dos 13 itens da escala da qualidade de vida

Itens do WHOQOL-AGE	h2	1	2
1.Como classificaria a sua qualidade de vida?	,615	,722	,307
2.Quão satisfeito está com a sua audição, visão ou outros sentidos no geral?	,672	-,119	,811
3.Quão satisfeito está com a sua saúde?	,671	,304	,761
4.Quão satisfeito está consigo próprio?	,458	,521	,432
5.Quão satisfeito está com a sua capacidade de executar atividades da vida diária?	,697	,705	,447
6.Quão satisfeito está com as suas relações pessoais?	,558	,716	,212
7. Quão satisfeito está com as condições da sua habitação (a sua casa)?	,607	,778	,039
8.Quão satisfeito está com a forma como usa o seu tempo?	,468	,647	,222
9.Tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	,652	,498	,636
10.Quanto controlo tem sobre as coisas que gosta de fazer?	,586	,595	,481
11.Até que ponto você está satisfeito com as oportunidades que tem para continuar a sentir-se realizado?	,501	,545	,452
12.Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	,299	,304	,455
13.Quão satisfeito está com as relações íntimas na sua vida?	,419	,642	,081
% variância		33,367	22,046
Kaiser-Meyer-Olkin Measure.		,868	
Bartlett's Test of Sphericity		600,578; p<0,001	

d) Atitudes dos idosos face ao envelhecimento

Verifica-se através da tabela 5 que é nas Perdas Psicossociais e no Desenvolvimento Psicológico que os idosos têm uma melhor atitude face ao envelhecimento.

De salientar que é no itens “ A velhice é um período de solidão” , “A velhice é um período depressivo da vida” e “ Eu vejo a velhice principalmente como um tempo de perdas” que o idosos apresentar uma pior atitude face ao envelhecimento.

Relativamente ao item em que o idoso apresenta uma atitude mais positiva face ao envelhecimento é “Acredito que a minha vida tem feito a diferença”. É no fator perdas psicossociais que se tem piores atitudes e no desenvolvimento psicológico que se tem melhores atitudes.

Tabela 5: Características da amostra quanto às atitudes dos idosos face ao envelhecimento

Itens do AAQ		Média	DP
1.	À medida que as pessoas envelhecem ficam mais aptas para lidar com a vida	2,9	1,4
2.	É um privilégio envelhecer	3,1	1,5
3.	A velhice é um período de solidão	2,5	1,4
4.	Há muitas coisas agradáveis com o envelhecimento	3,2	1
5.	A velhice é um período depressivo da vida	2,5	1,3
6.	Sinto que é mais difícil falar dos meus sentimentos à medida que envelheço	3	1,1
7.	Aceito melhor a minha pessoa à medida que envelheço	3,3	0,9
8.	Eu vejo a velhice principalmente como um tempo de perdas	2,5	1,1
9.	Tenho mais energia agora do que esperava para a minha idade	3,4	1,2
10.	Os problemas com a minha saúde física não me impedem de fazer o que quero	3,1	1,2
11.	À medida que envelheço é mais difícil fazer novos amigos	3,1	1,2
12.	Acredito que a minha vida tem feito a diferença	3,8	0,8
13.	A minha saúde está melhor do que esperava para a minha idade	3,2	1,2
14.	Mantenho-me o mais ativo e em forma possível fazendo exercício	2,8	1,3
Perdas Psicossociais		16,2	4,3
Mudanças Físicas		12,7	3,8
Desenvolvimento Psicológico		16,4	3,4

e) Relação entre as atitudes e qualidade de vida dos idosos

Com a análise da tabela 6 verificamos que o fator Perda Psicossocial apresenta uma correlação fraca negativa e significativa com vários dos itens, salientando que quanto maior a perda psicossocial (valores mais altos significa atitudes menos positivas) menor a qualidade de vida. Nos restantes dois fatores constatasse que quanto melhores atitudes face às mudanças físicas e desenvolvimento psicológico melhor a qualidade de vida.

Tabela 6 - Coeficientes de Correlação de Spearman entre os itens da Qualidade de Vida e os fatores das Atitudes (Perda Psicossocial, Mudança Física e Desenvolvimento Psicológico) dos idosos face à velhice

Qualidade de Vida	Perda Psicossocial	Mudança Física	Desenvolvimento Psicológico
1. Como classificaria a sua qualidade de vida?	-0,203(*)	0,447(**)	0,355(**)
2. Quão satisfeito está com a sua audição, visão ou outros sentidos no geral?	0,034	0,219(*)	0,123
3. Quão satisfeito está com a sua saúde?	-0,226(*)	0,498(**)	0,203(*)
4. Quão satisfeito está consigo próprio?	-0,252(*)	0,443(**)	0,252(*)
5. Quão satisfeito está com a sua capacidade de executar atividades da vida diária?	-0,258(**)	0,539(**)	0,335(**)
6. Quão satisfeito está com as suas relações pessoais?	-0,320(**)	0,378(**)	0,288(**)
7. Quão satisfeito está com as condições da sua habitação (a sua casa)?	-0,216(*)	0,281(**)	0,323(**)
8. Quão satisfeito está com a forma como usa o seu tempo?	-0,153	0,324(**)	0,156
9. Tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	-0,264(**)	0,552(**)	0,306(**)
10. Quanto controlo tem sobre as coisas que gosta de fazer?	-0,173	0,541(**)	0,350(**)
11. Até que ponto você está satisfeito com as oportunidades que tem para continuar a sentir-se realizado?	-0,102	0,454(**)	0,274(**)
12. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	0,059	0,289(**)	0,213(*)
13. Quão satisfeito está com as relações íntimas na sua vida?	-0,165	0,284(**)	0,177

** Correlation is significant at the 0.01; * Correlation is significant at the 0.05

f) Relação entre a qualidade de vida e a idade, percepção do estado de saúde e a intensidade de preocupação da família, sexo, existência de filhos, mobilidade, doença diagnosticada e residência

Verificamos através da observação da tabela 7, que os idosos do sexo masculino em todos os itens, apresentam uma maior média de rank da qualidade de vida que os idosos do sexo feminino, tendo as diferenças significado estatístico nos itens “Quão satisfeito está com a sua audição, visão ou outros sentidos no geral?”, “Quão satisfeito está com a sua saúde?”, “Tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?”, “Quanto controlo tem sobre as coisas que gosta de fazer?” e “Até que ponto você está satisfeito com as oportunidades que tem para continuar a sentir-se realizado?”.

Tabela 7 - Resultados da aplicação do teste de Mann Whitney entre os itens da Qualidade de vida e o sexo dos idosos.

Qualidade de Vida	Sexo	N	Mean Rank	U	Z	P
1 - Como classificaria a sua qualidade de vida?	Feminino	48	48,04	1130,000	-0,855	0,393
	Masculino	52	52,77			
2 - Quão satisfeito está com a sua audição, visão ou outros sentidos no geral?	Feminino	48	44,45	957,500	-2,110	0,035
	Masculino	52	56,09			
3 - Quão satisfeito está com a sua saúde?	Feminino	48	42,94	885,000	-2,602	0,009
	Masculino	52	57,48			
4 - Quão satisfeito está consigo próprio?	Feminino	48	46,61	1061,500	-1,377	0,168
	Masculino	52	54,09			
5 - Quão satisfeito está com a sua capacidade de executar atividades da vida diária?	Feminino	48	45,21	994,000	-1,825	0,068
	Masculino	52	55,38			
6 - Quão satisfeito está com as suas relações pessoais?	Feminino	48	47,15	1087,000	-1,202	0,229
	Masculino	52	53,60			
7 - Quão satisfeito está com as condições da sua habitação (a sua casa)?	Feminino	48	47,28	1093,500	-1,136	0,256
	Masculino	52	53,47			
8 - Quão satisfeito está com a forma como usa o seu tempo?	Feminino	48	45,21	994,000	-1,908	0,056
	Masculino	52	55,38			
9 - Tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	Feminino	48	42,95	885,500	-2,646	0,008
	Masculino	52	57,47			
10 - Quanto controlo tem sobre as coisas que gosta de fazer?	Feminino	48	41,24	803,500	-3,192	0,001
	Masculino	52	59,05			
11 - Até que ponto você está satisfeito com as oportunidades que tem para continuar a sentir-se realizado?	Feminino	48	43,81	927,000	-2,398	0,016
	Masculino	52	56,67			
12 - Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	Feminino	48	43,92	932,000	-2,252	0,024
	Masculino	52	56,58			
13 - Quão satisfeito está com as relações íntimas na sua vida?	Feminino	48	47,03	1081,500	-1,210	0,226
	Masculino	52	53,70			

Podemos observar que na maioria dos itens os idosos que têm filhos têm uma melhor qualidade de vida dos que não têm com significado estatístico nos itens “Quão satisfeito está com as condições da sua habitação (a sua casa)?” e “Quão satisfeito está com a forma como usa o seu tempo?”. Contrariamente, apenas apresenta uma melhor qualidade de vida quem não tem filho no item “Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?” no entanto não tem diferenças significativas (Tabela 8).

Tabela 8 - Resultados da aplicação do teste de Mann Whitney entre os itens da Qualidade de vida dos idosos e a existência de filhos

Qualidade de Vida	Filhos	N	Mean Rank	U	Z	p
1 - Como classificaria a sua qualidade de vida?	Sim	91	51,85	286,500	-1,555	0,120
	Não	9	36,83			
2 - Quão satisfeito está com a sua audição, visão ou outros sentidos no geral?	Sim	91	51,46	322,000	-1,109	0,267
	Não	9	40,78			
3 - Quão satisfeito está com a sua saúde?	Sim	91	51,68	302,500	-1,339	0,181
	Não	9	38,61			
4 - Quão satisfeito está consigo próprio?	Sim	91	52,07	267,000	-1,837	0,066
	Não	9	34,67			
5 - Quão satisfeito está com a sua capacidade de executar atividades da vida diária?	Sim	91	52,49	228,500	-2,271	0,023
	Não	9	30,39			
6 - Quão satisfeito está com as suas relações pessoais?	Sim	91	52,01	272,500	-1,786	0,074
	Não	9	35,28			
7 - Quão satisfeito está com as condições da sua habitação (a sua casa)?	Sim	91	52,34	242,500	-2,143	0,032
	Não	9	31,94			
8 - Quão satisfeito está com a forma como usa o seu tempo?	Sim	91	51,55	313,500	-1,259	0,208
	Não	9	39,83			
9 - Tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	Sim	91	51,61	308,500	-1,287	0,198
	Não	9	39,28			
10 - Quanto controlo tem sobre as coisas que gosta de fazer?	Sim	91	52,05	268,000	-1,774	0,076
	Não	9	34,78			
11 - Até que ponto você está satisfeito com as oportunidades que tem para continuar a sentir-se realizado?	Sim	91	51,10	354,500	-,717	0,473
	Não	9	44,39			
12 - Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	Sim	91	50,47	406,500	-,037	0,970
	Não	9	50,83			
13 - Quão satisfeito está com as relações íntimas na sua vida?	Sim	91	51,88	284,000	-1,592	0,111
	Não	9	36,56			

Através da análise da tabela 9, podemos verificar que tem uma melhor qualidade de vida (melhores valores de media de rank) quem não precisa de ajudas técnicas para se movimentar. Apenas não existe diferenças significativas nos itens “Quão satisfeito está com a sua audição, visão ou outros sentidos no geral?” e “Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?”

Tabela 9 - Resultados da aplicação do teste de Mann Whitney entre os itens da Qualidade de vida dos idosos e a sua mobilidade

Qualidade de Vida	Mobilidade	N	Mean Rank	U	Z	P
1 - Como classificaria a sua qualidade de vida?	Com ajudas Técnicas	18	27,25	319,500	-3,942	0,000
	Sem ajudas Técnicas	82	55,60			
2 - Quão satisfeito está com a sua audição, visão ou outros sentidos no geral?	Com ajudas Técnicas	18	47,56	685,000	-,501	0,617
	Sem ajudas Técnicas	82	51,15			
3 - Quão satisfeito está com a sua saúde?	Com ajudas Técnicas	18	30,36	375,500	-3,379	0,001
	Sem ajudas Técnicas	82	54,92			
4 - Quão satisfeito está consigo próprio?	Com ajudas Técnicas	18	28,08	334,500	-3,875	0,000
	Sem ajudas Técnicas	82	55,42			
5 - Quão satisfeito está com a sua capacidade de executar atividades da vida diária?	Com ajudas Técnicas	18	18,69	165,500	-5,350	0,000
	Sem ajudas Técnicas	82	57,48			
6 - Quão satisfeito está com as suas relações pessoais?	Com ajudas Técnicas	18	28,64	344,500	-3,821	0,000
	Sem ajudas Técnicas	82	55,30			
7 - Quão satisfeito está com as condições da sua habitação (a sua casa)?	Com ajudas Técnicas	18	32,08	406,500	-3,168	0,002
	Sem ajudas Técnicas	82	54,54			
8 - Quão satisfeito está com a forma como usa o seu tempo?	Com ajudas Técnicas	18	29,67	363,000	-3,662	0,000
	Sem ajudas Técnicas	82	55,07			
9 - Tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	Com ajudas Técnicas	18	29,83	366,000	-3,531	0,000
	Sem ajudas Técnicas	82	55,04			
10 - Quanto controlo tem sobre as coisas que gosta de fazer?	Com ajudas Técnicas	18	25,89	295,000	-4,137	0,000
	Sem ajudas Técnicas	82	55,90			
11 - Até que ponto você está satisfeito com as oportunidades que tem para continuar a sentir-se realizado?	Com ajudas Técnicas	18	27,11	317,000	-4,090	0,000
	Sem ajudas Técnicas	82	55,63			
12 - Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	Com ajudas Técnicas	18	42,67	597,000	-1,307	0,191
	Sem ajudas Técnicas	82	52,22			
13 - Quão satisfeito está com as relações íntimas na sua vida?	Com ajudas Técnicas	18	29,36	357,500	-3,595	0,000
	Sem ajudas Técnicas	82	55,14			

Através da análise dos resultados da tabela 10, podemos verificar que na maioria dos itens os idosos que não têm uma doença diagnosticada apresentam uma média de rank mais elevada, mostrando ter uma melhor qualidade de vida com diferenças significativas nos itens “Quão satisfeito está com a sua audição, visão ou outros sentidos no geral?”, “Quão satisfeito está com a sua saúde?” e “Quanto controlo tem sobre as coisas que gosta de fazer?”.

Tabela 10 - Resultados da aplicação do teste de Mann Whitney entre os itens da Qualidade de vida dos idosos e ter doença diagnosticada

Qualidade de Vida	Doença	N	Mean Rank	U	Z	P
1 - Como classificaria a sua qualidade de vida?	Sim	51	50,89	1229,500	-0,145	0,885
	Não	49	50,09			
2 - Quão satisfeito está com a sua audição, visão ou outros sentidos no geral?	Sim	51	43,27	881,000	-2,674	0,007
	Não	49	58,02			
3 - Quão satisfeito está com a sua saúde?	Sim	51	40,23	725,500	-3,754	0,000
	Não	49	61,19			
4 - Quão satisfeito está consigo próprio?	Sim	51	46,75	1058,500	-1,410	0,159
	Não	49	54,40			
5 - Quão satisfeito está com a sua capacidade de executar atividades da vida diária?	Sim	51	49,04	1175,000	-0,535	0,593
	Não	49	52,02			
6 - Quão satisfeito está com as suas relações pessoais?	Sim	51	49,90	1219,000	-0,228	0,820
	Não	49	51,12			
7 - Quão satisfeito está com as condições da sua habitação (a sua casa)?	Sim	51	52,26	1159,500	-0,661	0,509
	Não	49	48,66			
8 - Quão satisfeito está com a forma como usa o seu tempo?	Sim	51	48,44	1144,500	-0,788	0,431
	Não	49	52,64			
9 - Tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	Sim	51	47,52	1097,500	-1,109	0,268
	Não	49	53,60			
10 - Quanto controlo tem sobre as coisas que gosta de fazer?	Sim	51	44,61	949,000	-2,156	0,031
	Não	49	56,63			
11 - Até que ponto você está satisfeito com as oportunidades que tem para continuar a sentir-se realizado?	Sim	51	46,73	1057,000	-1,437	0,151
	Não	49	54,43			
12 - Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	Sim	51	45,40	989,500	-1,852	0,064
	Não	49	55,81			
13 - Quão satisfeito está com as relações íntimas na sua vida?	Sim	51	47,89	1116,500	-0,966	0,334
	Não	49	53,21			

Na tabela 11, podemos observar que tem uma melhor qualidade de vida (melhor média de rank) os idosos que vivem em casa com diferenças estatisticamente significativas com exceção dos itens “Quão satisfeito está com a sua audição, visão ou outros sentidos no geral?” e “Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?”.

Tabela 11 - Resultados da aplicação do teste de Mann Whitney entre os itens da Qualidade de vida dos idosos e a residência onde habita.

Qualidade de Vida	Residência	N	Mean Rank	U	Z	P
1 - Como classificaria a sua qualidade de vida?	Lar	13	22,54	202,000	-3,912	0,000
	Casa	87	54,68			
2 - Quão satisfeito está com a sua audição, visão ou outros sentidos no geral?	Lar	13	50,23	562,000	-0,038	0,970
	Casa	87	50,54			
3 - Quão satisfeito está com a sua saúde?	Lar	13	29,92	298,000	-2,848	0,004
	Casa	87	53,57			
4 - Quão satisfeito está consigo próprio?	Lar	13	26,46	253,000	-3,428	0,001
	Casa	87	54,09			
5 - Quão satisfeito está com a sua capacidade de executar atividades da vida diária?	Lar	13	16,00	117,000	-4,788	0,000
	Casa	87	55,66			
6 - Quão satisfeito está com as suas relações pessoais?	Lar	13	29,65	294,500	-3,006	0,003
	Casa	87	53,61			
7 - Quão satisfeito está com as condições da sua habitação (a sua casa)?	Lar	13	32,42	330,500	-2,566	0,010
	Casa	87	53,20			
8 - Quão satisfeito está com a forma como usa o seu tempo?	Lar	13	24,35	225,500	-3,793	0,000
	Casa	87	54,41			
9 - Tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	Lar	13	25,12	235,500	-3,578	0,000
	Casa	87	54,29			
10 - Quanto controlo tem sobre as coisas que gosta de fazer?	Lar	13	25,35	238,500	-3,488	0,000
	Casa	87	54,26			
11 - Até que ponto você está satisfeito com as oportunidades que tem para continuar a sentir-se realizado?	Lar	13	30,54	306,000	-2,880	0,004
	Casa	87	53,48			
12 - Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	Lar	13	43,65	476,500	-0,942	0,346
	Casa	87	51,52			
13 - Quão satisfeito está com as relações íntimas na sua vida?	Lar	13	32,38	330,000	-2,542	0,011
	Casa	87	53,21			

Pela análise do quadro 12, podemos verificar que a maior parte dos itens da qualidade de vida apresentam uma correlação fraca negativa e significativa com a idade e com a intensidade de preocupação da família. Relativamente ao estado de saúde verifica-se correlações positivas e significativas entre esta variável e a maior parte dos itens da qualidade de vida. Ou seja, melhor qualidade de vida corresponde a maior preocupação com a família e a menor idade. Relativamente ao estado de saúde são os idosos com melhor estado de saúde que apresentam melhor qualidade de vida.

Tabela 12 - Coeficientes de Correlação de Spearman entre a Qualidade de Vida, a idade, o estado de saúde e a intensidade de preocupação da família

Qualidade de Vida	Idade	Estado de Saúde	Intensidade de preocupação da Família
1. Como classificaria a sua qualidade de vida?	-0,285(**)	0,404(**)	-0,191
2.Quão satisfeito está com a sua audição, visão ou outros sentidos no geral?	-0,231(*)	0,235(*)	-0,134
3.Quão satisfeito está com a sua saúde?	-0,218(*)	0,614(**)	-0,065
4.Quão satisfeito está consigo próprio?	-0,257(**)	0,420(**)	-0,253(*)
5.Quão satisfeito está com a sua capacidade de executar atividades da vida diária?	-0,425(**)	0,429(**)	-0,151
6.Quão satisfeito está com as suas relações pessoais?	-0,335(**)	0,328(**)	-0,246(*)
7.Quão satisfeito está com as condições da sua habitação (a sua casa)?	-0,364(**)	0,289(**)	-0,274(**)
8.Quão satisfeito está com a forma como usa o seu tempo?	-0,183	0,331(**)	-0,226(*)
9.Tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	-0,328(**)	0,399(**)	-0,065
10.Quanto controlo tem sobre as coisas que gosta de fazer?	-0,219(*)	0,384(**)	-0,016
11.Até que ponto você está satisfeito com as oportunidades que tem para continuar a sentir-se realizado?	-0,198(*)	0,440(**)	-0,171
12.Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	-0,016	0,298(**)	-0,198(*)
13.Quão satisfeito está com as relações íntimas na sua vida?	-0,181	0,184	-0,187

** Correlation is significant at the 0.01; * Correlation is significant at the 0.05

g) Determinar a relação entre as atitudes dos idosos face ao envelhecimento e a idade, a perceção do estado de saúde e a intensidade de preocupação da família, sexo, existência de filhos, mobilidade, doença diagnosticada e residência

Podemos concluir através da tabela 13, que as perdas psicossociais têm uma correlação baixa e significativa ($r_s = 0,203$; $p = 0,042$) com a idade, no entanto com as outras duas subescalas, existe uma correlação negativa não significativa.

Relativamente à perceção do estado de saúde do idoso verifica-se que existe uma correlação negativa com as perdas psicossociais ($r_s = -0,231$; $P = 0,020$), uma correlação moderada e significativa com a mudança física e uma correlação baixa e significativa com o crescimento psicológico.

A intensidade de preocupação da família tem uma correlação muito baixa e não significativa com as perdas psicossociais ($r_s = 0,110$; $p = 0,277$), uma correlação negativa e não significativa com as mudanças físicas ($r_s = -0,027$; $p = 0,792$) e uma correlação negativa e significativa com o crescimento psicológico ($r_s = -0,207$; $p = 0,038$).

Tabela 13 – Resultados da correlação de Spearman entre as Atitudes, a idade, percepção do estado de saúde e a intensidade de preocupação da família

Atitudes	Idade		Estado de Saúde		Intensidade de preocupação da Família	
	Rs	P	rs	P	rs	P
Perdas Psicossociais	0,203	0,042	-0,231	0,020	0,110	0,277
Mudanças Físicas	-0,115	0,254	0,532	0,000	-0,027	0,792
Desenvolvimento Psicológico	-0,147	0,145	0,298	0,003	-0,207	0,038

Verifica-se que as diferenças nas atitudes face ao envelhecimento consoante o sexo são significativas apenas nas mudanças físicas sendo que os idosos do sexo masculino apresentam um valor mais positivo.

Relativamente ao fato de ter filhos as diferenças não têm significado estatístico em nenhum dos fatores.

As diferenças nas atitudes face ao envelhecimento consoante o fato de ter uma doença diagnosticada são significativas apenas nas mudanças físicas sendo que os idosos que não têm uma doença apresentam um valor mais positivo.

Como se pode ainda observar na tabela 14, a média indica que as atitudes nas subescalas mudança física e desenvolvimento psicológico são mais positivas nos idosos que não necessitam de ajudas técnicas (55,01;52,31) para se movimentarem tendo as diferenças significado estatístico. Nas perdas psicossociais verifica-se que tem uma atitude mais positiva os idosos que necessitam de ajudas técnicas (67,31) para se movimentarem, sendo que apenas no desenvolvimento psicológico a diferença não tem significado estatístico. É também na variável sexo e ter uma doença diagnosticada que se verifica que no fator mudança física se observam que diferenças com significado estatístico ($p < 0,05$). Não ter doença e ser do sexo masculino permitem ter melhores atitudes face ao envelhecimento.

Tabela 14 - Resultados da aplicação do teste de Mann Whitney entre as Atitudes dos idosos face à velhice, o sexo, ter filhos, mobilidade dos idosos e ter uma doença diagnosticada

Atitudes			N	Mean Rank	Mann-Whitney	Z	P
Sexo	Perda Psicossocial	Feminino	48	50,26	1236,500	-0,080	0,937
		Masculino	52	50,72			
	Mudança Física	Feminino	48	43,64	918,500	-2,282	0,022
		Masculino	52	56,84			
	Desenvolvimento Psicológico	Feminino	48	52,35	1159,000	-0,618	0,537
		Masculino	52	48,79			
Ter filhos	Perda Psicossocial	Tem filhos	91	49,30	300,000	-1,322	0,186
		Não tem filhos	9	62,67			
	Mudança Física	Tem filhos	91	50,25	386,500	-0,278	0,781
		Não tem filhos	9	53,06			
	Desenvolvimento Psicológico	Tem filhos	91	51,69	301,000	-1,315	0,189
		Não tem filhos	9	38,44			
Doença Diagnosticada	Perda Psicossocial	Tem doença	51	48,76	1161,000	-0,612	0,541
		Não tem doença	49	52,31			
	Mudança Física	Tem doença	51	44,75	956,500	-2,028	0,043
		Não tem doença	49	56,48			
	Desenvolvimento Psicológico	Tem doença	51	48,79	1162,500	-0,603	0,546
		Não tem doença	49	52,28			
Mobilidade	Perda Psicossocial	Com ajudas Técnicas	18	67,31	435,500	-2,721	0,007
		Sem ajudas Técnicas	82	46,81			
	Mudança Física	Com ajudas Técnicas	18	29,97	368,500	-3,328	0,001
		Sem ajudas Técnicas	82	55,01			
	Desenvolvimento Psicológico	Com ajudas Técnicas	18	42,25	589,500	-1,340	0,180
		Sem ajudas Técnicas	82	52,31			

Verifica-se, na tabela 15, que as diferenças nas atitudes face ao envelhecimento consoante a residência onde habita são significativas nas mudanças físicas e no desenvolvimento psicológico sendo que os idosos que não vivem em lares têm uma atitude mais positiva em ambos os fatores.

Tabela 15 - Resultados da aplicação do teste de Mann Whitney entre as Atitudes dos idosos face à velhice e a residência onde habita.

Atitudes	Residência	N	Mean Rank	Mann-Whitney	Z	P
Perdas Psicossociais	Lar	13	59,81	444,500	-1,243	,214
	Casa	87	49,11			
Mudanças Físicas	Lar	13	27,73	269,500	-3,046	,002
	Casa	87	53,90			
Desenvolvimento Psicológico	Lar	13	32,65	333,500	-2,392	,017
	Casa	87	53,17			
	Casa	87	54,36			

4. Discussão dos resultados

A amostra deste estudo é constituída como referimos anteriormente por 100 idosos sem deficit cognitivo. Em que 13 residem no lar e 87 na sua residência.

Os dados sociodemográficos usados na caracterização da amostra, demonstram uma desigualdade no que se refere ao sexo, uma vez que 48% dos idosos são do sexo feminino e 52% são do sexo masculino.

A amostra deste estudo, não vai ao encontro da maioria dos estudos feitos em Portugal sobre idosos em que se verifica predomínio do sexo feminino, estando este fato relacionado com os efeitos da sobrevivência masculina, os efeitos dos fluxos migratórios e ainda a esperança de vida que é mais elevada nas mulheres (INE, 2006).

Em estudos feitos fora de Portugal também se verifica que o que predomina é o sexo feminino (Caballero et al., 2013; Laidlaw et al., 2007; Chachamovich et al., 2008; Kalfoss et al., 2010; Laidlaw et al., 2010).

Considerando a distribuição dos idosos por estado civil, verificamos que a maioria da nossa amostra ainda é casada (59%), tal como podemos verificar no estudo do Caballero et al (2013).

Relativamente à idade, podemos afirmar que a média de idades dos idosos deste estudo é de 74,7 (DP=6,8).

Tal como nos estudos de Chachamovich et al (2008); Laidlaw et al (2010) verificamos que a análise da variável habilitações literárias revela que a maioria dos idosos as possui, contrariamente ao que se conhece da realidade portuguesa visto que a maioria da população idosa não possui qualquer nível de instrução (INE, 2006).

Quanto à profissão constata-se que 92 (92%) idosos são reformados e por isso os seus rendimentos advêm da reforma, e que 4 (4%) nunca trabalhou.

A maioria da amostra (91%), tem filhos sendo maioritariamente os que têm dois filhos (47%). Mantém contacto diário com os filhos e outros familiares 67% dos idosos. Uma pequena percentagem de idosos (6%) refere que a família se preocupa muito pouco com eles, enquanto que 43 % dos idosos refere que a sua família se preocupa muito consigo.

Referem viver em casa própria 56% dos idosos da amostra, com familiares, tal como no estudo de Laidlaw et al (2007), que 57% dos indivíduos vivem acompanhados. É importante referir que apenas 4% da amostra refere viver em más condições de habitabilidade.

Verifica-se que 84 (84%) dos participantes não frequenta qualquer tipo de atividade e que apenas 15 (15%) frequenta o centro de dia e 1(1%) a universidade de terceira idade.

Considerando a dimensão saúde, os dados mostram que 49% da amostra refere não ter nenhuma doença diagnosticada. Contrariamente aos quatro estudos apresentados anteriormente (Laidlaw et al., 2007; Chachamovich et al., 2008; Kalfoss et al., 2010; Laidlaw et al., 2010) em que mais de metade da amostra era idosos saudáveis. No entanto, 49 (49%) dos idosos perceciona o seu estado de saúde como nem bom nem mau e apenas 2 (2%) refere ter uma saúde bastante boa. Neste estudo a doença mais comum é a hipertensão, que afeta 10 (10%) dos idosos. Relativamente à mobilidade 82 (82%) dos idosos referem ser autónomos não necessitando de ajudas técnicas para se movimentarem.

O instrumento WHOQOL-AGE para avaliarmos a QDV apresenta bons valores de alfa, tanto para os itens como para o total da escala - $\alpha = 0,895$, verificamos que é similar ao estudo original (Caballero et al, 2013) que foi de $\alpha = 0,91$.

Ao efetuarmos a correlação de Pearson de cada item com o total da escala, verificamos que os valores oscilam entre 0,336 e 0,757. De salientar que é no item “Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?” que os idosos têm menor qualidade de vida. Verificamos no entanto que relativamente à validade de constructo, este instrumento apresenta grandes diferenças com o original pelo que se optou por em estudos futuros, com um maior número de idosos, se verificar novamente a análise fatorial exploratória e confirmatória à semelhança do realizado pelos autores originais. Neste estudo optou-se por utilizar os itens isoladamente, tendo presente a adaptação métrica, linguística e semântica.

Relativamente às atitudes face ao envelhecimento, verifica-se que é no fator Perdas Psicossociais que os idosos apresentam piores atitudes e no fator Desenvolvimento Psicológico que os idosos apresentam melhores atitude face ao envelhecimento. Orlandi et al, (2011), no seu estudo verificou que nos fatores Desenvolvimento Psicológico e Perdas Psicossociais os valores médios eram mais elevados e no domínio mudanças físicas mais baixos. De salientar que é no itens “ A velhice é um período de solidão” , “A velhice é um período depressivo da vida” e “ Eu vejo a velhice principalmente como um tempo de perdas” que o idosos apresentam uma pior atitude face ao “envelhecimento. Relativamente ao item que apresenta uma atitude

mais positiva face ao envelhecimento será “Acredito que a minha vida tem feito a diferença”.

Constata-se que as dimensões das atitudes em relação ao envelhecimento estão relacionadas positivamente com a qualidade de vida. O que vai ao encontro dos resultados de um estudo, com 550 idosos, na província da Turquia (Top, Eris & Kabalcıoğlu, 2012).

Kirchengast & Haslinger(2008), no seu estudo acerca das diferenças de sexo na QDV relacionada com a saúde, referem que as idosas relatam ter menos QDV do que os idosos, o que vai de encontro ao nosso estudo em que o sexo masculino em todos os itens apresenta uma maior média de rank da qualidade de vida que o sexo feminino.

Relativamente ao facto de ter filhos ou não, constatamos que quem tem filhos apresenta uma melhor qualidade de vida assim como quem não precisa de ajudas técnicas para se movimentar.

Ao observarmos a saúde, verificamos que a maioria dos idosos que não têm uma doença diagnosticada apresenta uma melhor qualidade de vida. Efklides et al, (2006), afirma que o estado de saúde tem influência significativa com a QDV.

Entre a qualidade de vida e o facto de viver em casa ou num lar, verificou-se que quem vive em casa apresenta uma melhor qualidade de vida com diferenças estatisticamente significativas. Contudo, num estudo levado a cabo por Lai et al (sd), com idosos institucionalizados, os resultados revelam que estes idosos apresentam níveis elevados de QDV (citado por Martins Ferreira, 2009).

Podemos constatar que existe uma melhor QDV nos idosos em que a família se preocupa com eles, em quem tem menor idade e nos idosos que estão bons de saúde. Estes resultados vão ao encontro do estudo realizado por Garcia et al (2005) que refere que a idade avançada e a doença associam-se a piores níveis de qualidade de vida.

Verificamos que as perdas psicossociais têm uma relação fraca mas significativa com a idade e que o estado de saúde tem uma correlação moderada e significativa com a mudança física. Apuramos que idosos que não têm uma doença apresentam uma melhor atitude face ao envelhecimento. A intensidade da preocupação da família tem uma correlação negativa e significativa com o desenvolvimento psicológico. Verifica-se que as diferenças nas atitudes face ao envelhecimento consoante o sexo são significativas apenas nas mudanças físicas sendo que os idosos do sexo masculino apresentam um valor mais positivo. As atitudes nas subescalas Mudança Física e Desenvolvimento Psicológico são mais positivas nos idosos que não necessitam de ajudas técnicas para se

movimentarem. Não ser doente e ser do sexo masculino permite ter melhores atitudes face ao envelhecimento. Top, Eris & Kabalcıoğlu (2012), verificaram que as variáveis género, escolaridade, idade e estado civil afetam algumas subescalas de atitudes em relação a velhice.

Podemos concluir que idosos que não estão institucionalizados têm uma atitude mais positiva em relação à velhice.

5. Conclusão

A presente investigação proporcionou-nos uma visão mais ampla quer sobre a qualidade de vida, quer sobre as atitudes face ao envelhecimento dos idosos.

Apesar dos avanços significativos que se vão notando, sentimos que os estudos e pesquisas científicas na área das atitudes face ao envelhecimento dos idosos necessitam de um maior interesse e aprofundamento teórico, sobretudo em Portugal.

O estudo que delineamos pretendia avaliar a qualidade de vida e atitudes face à velhice de idosos a residir em Portugal, sem deficit cognitivo.

Perante a análise dos dados foi verificado que predominava o sexo masculino (52 %) e a média de idades dos idosos é de 74,7 (DP=6,8).

A maior percentagem da amostra tem filhos (91%) e 47% dos idosos tiveram dois filhos. Verifica-se também que 59% dos idosos são casados.

Verificamos que apenas 20% da amostra é analfabeta e que 92 % dos idosos vivem da reforma.

Relativamente à perceção que os idosos têm da preocupação da sua família, 43% refere que a sua família se preocupa muito com eles. Mantêm contacto com familiares ou filhos 96% da amostra, indicando ainda 67% dos idosos que todos os dias estão com os familiares.

Verifica-se que 51% dos idosos referem ter uma doença clinicamente diagnosticada, que 49% percecionam o seu estado de saúde como nem bom nem mau e que 82% movimentam-se sem ajudas técnicas.

No estudo apresentado foi utilizado o WHOQOL-AGE, que permitiu identificar a qualidade de vida dos idosos e a AAQ para avaliar as atitudes face ao envelhecimento.

Conclui-se assim que o sexo masculino e os idosos que estão bem de saúde têm uma melhor qualidade de vida e uma atitude mais positiva face à velhice.

Os idosos que têm filhos, família que se preocupa consigo e não precisam de ajudas técnicas para se movimentarem também apresentam uma melhor qualidade de vida.

Relativamente aos idosos que vivem na sua própria casa e os que estão institucionalizados, constatamos que tem uma melhor qualidade de vida e uma atitude positiva face ao envelhecimento os idosos que não estão institucionalizados.

Verificamos assim, que as dimensões das atitudes estão relacionadas positivamente com a QDV.

Esta investigação à semelhança de outras apresenta algumas limitações. Começamos exatamente pelo facto da amostra ter sido recolhida de modo conveniente, contribuindo desta forma para que não fossem controladas algumas variáveis parasitas.

Em estudos futuros, deve-se inquirir um maior número de idosos, e verificar novamente a análise fatorial exploratória e realizar a confirmatória do WHOQOL-AGE à semelhança do realizado pelos autores originais.

Sugerimos deste modo que em investigações futuras tenham em conta, aspetos como a desejabilidade social. Isto porque, uma vez que no processo de recolha de dados, foi efetuada pelo investigador, este facto poderá ter constituído uma condicionante pela questão da desejabilidade social.

Apesar dos avanços significativos que se vão notando, sentimos que os estudos e pesquisas científicas em Portugal, na área das atitudes do idoso face ao envelhecimento, são em reduzido número, escasseiam, tornando-se limitativos na informação existente.

Referências Bibliográficas

Almeida, A. J. P. S. (2008). *A pessoa institucionalizada em lares: aspectos e contextos da Qualidade de Vida*. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Almeida L. & Freire T.(2007) *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. (4º.ed). Braga: Psiquilíbrios

Andrade, A. & Martins, R. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium*, 40: 185-199.

Barreto, S.; Giatti, L. & Kalache, A. (2004).Gender inequalities in health among older Brazilian adults.*Revista Panamericana de Salud Pública*, 16(2), 110-117

Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas – uma abordagem global*.Lisboa: Lusodidactica

Boer, H. (2002). *Qualidade de vida para pessoas com epilepsia*. Retirado a 20 de Outubro de 2013, de <http://www.psicolatina.org/cinco/rede.html>.

Caballero, F. F.; Miret, M.; Power, M.; Chatterji,S., Tobiasz-Adamczyk, B.; Koskinen,S. ; Leonardi, M.; Olaya, B.; Haro, J. M. & Ayuso-Mateos J. L. (2013). Validation of an instrument to evaluate quality of life in the aging population: WHOQOL-AGE. *Health and Quality of Life*, 111:117

Castéllon, A. (2003). Calidad de vida em la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*,13(3), 188-192.

Chachamovich, E. & Fleck, M. P. (2008). *Manual WHOQOL-OLD*. *Organização Mundial de Saúde*. Recuperado a 1 de Dezembro de 2013 de <http://www.ufrgs.br/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20Portugues.pdf>

Chachamovich, E. ; Fleck,M. P.; Trentini, C. M.; Laidlaw, K. & Power, M. J. (2008).

Development and validation of the Brazilian version of the Attitudes to Aging Questionnaire (AAQ): An example of merging classical psychometric theory and the Rasch measurement model. *Health and Quality of Lifes Outcomes*, 6(5), 5-18

Chaplin, J. (1981). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Couto, M. C. P. (2005). *Fatores de risco e protecção na promoção da resiliência no envelhecimento*. Dissertação de mestrado (Pós-graduação em Psicologia). Porto Alegre (RS): Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Dosil, J. (2004). *Psicologia de la Actividade y del Desporte*. Madrid, McGraw-Hill.

Duque, C. (1999). *Atitudes e comportamentos*. Consultado em 13 de Novembro de 2013, em: <http://www.scribd.com/doc/2453422/Atitudes-e-Comportamento>

Efklides, A., Varsami, M., Mitadi I. & Economidis, D. (2006). Health condition and quality of life in older adults: adaptation of qolie-89. *Social Indicators Research* 76, 35–53

Fachin, O. (2003). *Fundamentos de metodologia*. (4. Ed) São Paulo: Saraiva

Farias, L. M. B.; Oliveira, T. S.; Rabelo, D. F. & Silva, L. C. C. (2012). Atitudes de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico. *Revista Kairós Gerontologia*, 15(3), 119-140

Ferreira, J. L. S. (2008.). *Educação na terceira idade: Estudo Colectivo de pessoas idosas no contexto comunitário de Vila Nova de Gaia*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Ciências de Educação (pp. 236-238).

Figueira, H.; Figueira, J.; Mello, D. & Dantas, E. (2008). Quality of life throughout ageing. *Acta Médica Lituânica*, 15(3), 169-172

Figueiredo, L. (2007). Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa: Climepsi Editores

Fleck, M., Chachamovich, E., & Trentini, M. (2003). Projecto WHOQOL-OLD: Método e Resultados de grupos focais no Brasil. *Revista Saúde Pública*, 37 (6), 793-799

Fortin, M. (2003). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Lisboa: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas Lda.

Fortin, M. (2003). O processo de investigação: da concepção à realização. Lisboa: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas Lda.

Galisteu, K. J., Fcundium, S. D., Ribeiro, R. H M. & Soler, Z. A. S. G. (2006). Qualidade de Vida de idosos de um grupo de convivência com a mensuração da escala de Flanagan. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 13 (4), 209-214.

Garcia, E.; Banegas, J.; Perez-Regadera, A.; Cabrera, R. & Rodriguez-Arlatejo, F. (2005). Social network and health related quality of life in older adults: A populacion study in Spain. *Quality of Life Research*, 14(2), 511-520

Guerreiro, M., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). *Adaptação à população portuguesa na tradução do Mini Mental State Examination*. Comunicação apresentada na Reunião da Primavera da Sociedade Portuguesa de Neurologia. Coimbra

Henriques, A. & Sá, E. (2007). Qualidade de Vida de Idosos em Lares e Centros de Dia. *Pensar Enfermagem*, 2 (11), 25-34.

Hill, M. & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário* (2ª Ed). Lisboa: Edições Sílabo, Lda..

Instituto Nacional de Estatística (2006). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de estudos demográficos* 38 (6): p.11

Irigaray, T. Q. & Schneider, R.H. (2008). O envelhecimento na actualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25(4): 585-593

Jakobson, U.; Hallberg, I. & Westergren, A. (2004). Overall and Health related quality of life among oldest old in pain. *Quality of Life Research*, 13(1), 125-136

Kalfoss, M. H.; Low, G. & Molzahn, A. E. (2010). Reliability and validity of the attitudes to ageing questionnaire for Canadian and Norwegian older adults. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 75-85

Kirchengast, S. & Haslinger, B. (2008). Gender differences in health-related quality of life among healthy aged and old-aged Austrian: Cross-sectional analysis. *Gender Medicine*, 5(3), 270-278

Laidlaw, K. ; Wang D. ; Coelho, C. & Power, M. (2010). Attitudes to ageing and expectations for filialpiety across Chinese and British cultures: A pilotexploratory evaluation. *Aging & Mental Health*, 14(3), 283-292

Laidlaw, K.; Power, M. J.; Schmidt, S. and the WHOQOL-OLD Group (2007). The attitudes to ageing questionnaire (AAQ): development and psychometric properties. *International Journal of Geriatr Psychiatry*, 22: 367– 379

López, F., & Fuertes, A. (1999). *Para compreender a sexualidade*. Lisboa: APF.

Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratórios de Psicologia: I.S.P.A*, 4(1):65-90

Martins Ferreira, A. L. (2009). *A Qualidade de Vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: perspectiva do próprio e do cuidador*. Tese de Mestrado. Faculdade de Psicologia e ciências da Educação.

Martins, E. C. C. (2012). Qualidade de vida em contexto de Acolhimento Familiar de Idosos. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Sociais: Universidade do Minho

Martins, R. M. L. (2006). Envelhecimento e Políticas Sociais. *Revista do Instituto Politécnico de Viseu: Educação, Ciência e Tecnologia*, 32. Acedido a 1 de Novembro de 2013 de <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/10.pdf>

Mesenes, R. (2005). *Promoção da qualidade de vida em doentes crónicos: contributos no contexto das epilepsias focais*. Porto: Edições Fernando Pessoa

Neri, A. L. & Resende, M. C. (2009). Ajustamento psicológico e perspectiva de velhice pessoal em adultos com deficiência física. *Psicologia em estudo*; 14 (4): 767-776.

Neri, A. L. (2001). *Desenvolvimento e Envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociais*. (3ª Ed); 11-54. São Paulo, Papyrus;

Neri, A. L.; Cachioni, M.; Resende, M. C. (2002). Atitudes em relação à velhice. In. E. Freitas, L. Py, A. Neri, F. Cançado, M. Gorzoni & S. Rocha (Eds), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp.972-980). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

Neto, F. (1998). *Psicologia social*. Lisboa: Universidade Aberta.

Nikpour, S.; Soala, A.; Seiedoshohadeei, M.; Haghani, H. (2007). Relationship between quality of life and socio-demographic characteristics among older people in Tehran-Iran. *Middle Eastern Journal of Age and Ageing*, 4(2), 24-28

Organização Mundial de Saúde (1998). *Promoción de la salud: Glosario*. Genebra: World Health Organization.

Orlandi, F. S. ; Santos, D. A. ; Mendiando, M. S. Z. & Pepino, B. G. (2011). Avaliação da atitude diante do envelhecimento de mulheres com 50 anos ou mais portadoras de HIV/AIDS. *Revista Kairós Gerontologia: 14*(2), ISSN 2176-901X

Parente, M. A. M. P., Júnior, A. A. O., Jaeger, A., Schuh, A. F. S., Holderbaum, C. S., et al. (Orgs.). (2006). Envelhecimento: um processo adaptativo multifactorial. In M. A. M. P. Parente (Eds), *Cognição e envelhecimento* (pp. 17-18). São Paulo: Artmed Editora

Paschoal, S. (2002). Qualidade de vida na velhice. In. E. Freitas, L. Py, A. Neri, F. Cançado, M. Gorzoni & S. Rocha (Eds), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp.79-84). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

Paskulin, L.; Molzahn, A. (2007). Quality of life of older adults in Canada and Brazil. *Western Journal of Nursing Research*, 29(1), 27-35

Paúl, M.C. & Fonseca, A. M. (2005) Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados. In C. Paúl, A. M. Fonseca, I. Martin & J. Amado (Eds.), *Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses* (pp. 75-95). Lisboa: Climepsi Editores.

Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2011). Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia*, 9 (2), 109-123

Power, M. (2003). Development of a common instrument for quality of life. In Nosikov, A. & Gudex, C. (Eds), *EUROHIS: Developing instruments for health surveys*. Amsterdam: IOS Press. 145-159

Power, M., Quinn, K., Schmidt, S., & The WHOQOL-OLD Group (2005). Development of the WHOQOL-OLD module. *Quality of Life Research*, 14, 2197-2214.

Ramos, M. D. (2005). *Sexualidade na diversidade: Atitudes de pais e técnicos face à afetividade e sexualidade do jovem com deficiência mental*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Rocha, A., Rodrigues, M., Coutinho, A. L. & Monteiro, C. (2002). Qualidade de Vida do Idoso: Área de abrangência do Centro de Saúde de Eiras. *Revista Sinais Vitais*, 43, 47-50.

Rodrigues, A., Assmar, E. M. L. & Jablonski, B. (2007). Atitudes: conceitos, formação e mudança. *Psicologia Social*: 97-146. (2ª ed.). Petrópolis (RJ): Vozes

Santos, S. R., Santos, I. B.C., Fernandes, M. G. M. & Henriques, M. E. R. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: Aplicação da escala de Flanagan. *Revista Latina Americana de Enfermagem*, 10 (6), 757-764

Schmidt, S.; Muhlan, H. & Power, M.(2006). The EUROHIS-QOL 8-item index: psychometric results of a cross-cultural field study. *European Journal of Public Health*, 16 (4), 420–428

Silva, S. N. (2009). Qualidade de Vida e Bem-Estar psicológico em idosos. Dissertação de mestrado. Universidade Fernando Pessoa.

Silva, F.P. (1999). *Crenças em relação à velhice: bem-estar subjetivo e motivos para frequentar Universidade da Terceira Idade*. Campinas (SP): Dissertação de mestrado em Gerontologia. Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas.

Neri, A.A. (1996). *Os profissionais de recursos humanos, a empresa e o trabalhador que envelhece*. Dissertação de mestrado em Administração de Recursos Humanos. São Bernardo do Campo (SP): Instituto Metodista de Ensino Superior.

Martins, R. M. L.(2004). Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu. Badajoz : [s. n.], 2004. 306 p., [33] f. Dissertação de Doutoramento.

Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora.

Simões, M. R. (2012). Instrumentos de avaliação psicológica de pessoas idosas: investigação e estudos de validação em Portugal. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica (RIDEP)*: 34(1), 9-33

Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.

Sousa, L.; Galante H.; Figueiredo, D. (2003) Qualidade de Vida e Bem-Estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*; 37(3):364-71

Squire, A. (2005). *Saúde e Bem-estar para pessoas idosas – Fundamentos Básicos para a prática*.

Teixeira, D. C. S. (2009). “Antecipando os anos dourados”, programa educacional breve de promoção da adaptação à reforma e ao envelhecimento: estudo-piloto numa amostra de seniores portugueses. Tese de mestrado integrado em Psicologia. Universidade de Lisboa – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Teixeira, L. F. (2010). Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção. Tese de Mestrado integrado em Psicologia (Secção de Psicologia Clínica e da Saúde. Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença). Faculdade de Psicologia Universidade de Lisboa. ULFP 037460

Todaro, M. A. (2008). *Desenvolvimento e avaliação de um programa de leitura visando à mudança de atitudes de crianças em relação a idosos*. Tese de doutorado. Campinas (SP): Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas.

Top, M.; Dikmetas, E. (2012). Quality of life and attitudes to ageing in Turkish older adults at old people`s homes. *Heath Expect.* 10.1111 / hex.12032

Top, M; Eris, H.; Kabalcıoğlu, F. (2012). Quality of Life (QOL) and Attitudes Toward Aging in Older Adults in Şanlıurfa, Turkey. *Research on Aging*, 35(5), 533-562

Vilar, M., & Simões, M. R., Sousa, L. B., Firmino, H., Paredes, T., & Lima, M. (2010). Avaliação da qualidade de vida em adultos idosos: Notas em torno do processo de adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa. In M. C. Canavarro, & A. Vaz-Serra (Coord.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 229-250

Anexos

Anexo I



Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

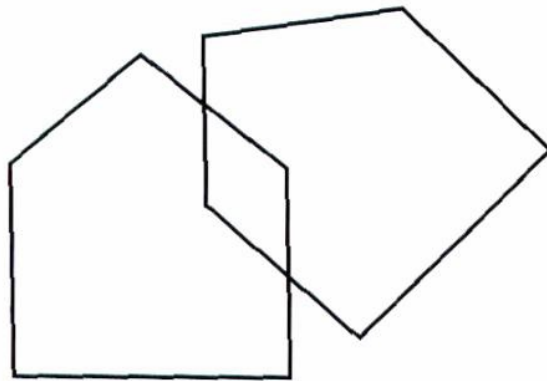
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota: _____

TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Anexo II



Consentimento Informado para os Participantes no Estudo

Investigadores: Catarina Isabel Mafra Neto, aluna do Mestrado de Psicologia Clínica e Psicoterapia, no Instituto Superior Miguel Torga, orientada pela Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe.

Código de Identificação do Participante: _____

Certifico que concordo em participar voluntariamente na Investigação Científica no âmbito da dissertação em Psicologia Clínica e Psicoterapia, que se intitula "*Qualidade de Vida e Atitudes dos Idosos face à Velhice*". A minha participação consiste em responder aos instrumentos de colheita de dados destinados a avaliar a qualidade de vida e as atitudes face ao envelhecimento.

Declaro que os procedimentos de investigação e do consentimento me foram explicados, respondendo a todas as minhas questões. Compreendo as vantagens que a participação neste estudo poderá repercutir no futuro. Considero ainda que o estudo não apresenta qualquer risco potencial. Compreendo que tenho direito de colocar, agora e durante todo o processo de desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo, a investigação ou os métodos utilizados. Asseguram-me que os processos serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada a terceiros, incluindo a minha identidade, sem a minha permissão. Terei acesso aos resultados deste estudo, se o desejar.

Compreendo que sou livre de a qualquer momento desistir de participar neste estudo. Compreendo também que se o fizer, a qualidade dos cuidados dos quais benefício não será de modo algum afetada.

Pelo presente documento, eu _____
consinto participar neste estudo.

Assinatura do investigador

Anexo III



Dados Sóciodemográficos

1. **Sexo:** F ☐ M ☐ 2. **Idade:** _____ Anos
3. **Estado Civil:** _____
4. **Habilitações:** _____
Profissão: _____
5. **Rendimentos:** _____
6. **Tem Filhos?** Sim ☐ Não ☐ **Quantos?** _____
7. **Mantém contacto com os seus filhos ou outros familiares?**
Sim ☐ Não ☐ Quantas vezes por semana? _____
8. **Onde reside?** Casa própria, mas sozinha ☐
Casa própria, com familiares ☐
Casa dos Filhos ☐
Instituição ☐
9. **Tem boas condições de habitabilidade?** Sim ☐ Não ☐
10. **Frequenta:** Centro de dia / Centro de Convívio ☐
Universidade de Terceira Idade ☐
11. **Possui alguma doença clinicamente diagnosticada?**
Sim ☐ Não ☐ Qual? _____
12. **Mobilidade:** Com ajudas técnicas ☐
Sem ajudas técnicas ☐

13. Como percebe o seu estado de saúde?

Bastante Mau	Mau	Nem Bom, Nem Mau	Bom	Bastante Bom

14. Considera que a sua família se preocupa verdadeiramente consigo?

Muito	Bastante	Nem muito, nem pouco	Pouco	Muito Pouco

Obrigado pela sua ajuda!

Anexo IV**WHOQOL-AGE**

Para cada uma das seguintes afirmações avalie de forma espontânea a satisfação em relação à sua qualidade de vida, desde 1- Muito insatisfeito até 5 – Muito Satisfeito, preenchendo o respetivo quadrado.

Não existem respostas corretas ou erradas.

	Muito insatisfeito					Muito Satisfeito				
	1	2	3	4	5					
1. Como classificaria a sua qualidade de vida?										
2. Quão satisfeito está com a sua audição, visão ou outros sentidos no geral?										
3. Quão satisfeito está com a sua saúde?										
4. Quão satisfeito está consigo próprio?										
5. Quão satisfeito está com a sua capacidade de executar atividades da vida diária?										
6. Quão satisfeito está com as suas relações pessoais?										
7. Quão satisfeito está com as condições da sua habitação (a sua casa)?										
8. Quão satisfeito está com a forma como usa o seu tempo?										
9. Tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?										
10. Quanto controlo tem sobre as coisas que gosta de fazer?										
11. Até que ponto você está satisfeito com as oportunidades que tem para continuar a sentir-se realizado										
12. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?										
13. Quão satisfeito está com as relações íntimas na sua vida?										

Anexo V



Questionário das Atitudes em Relação ao Envelhecimento (AAQ)

Este questionário refere-se à forma como se sente face à sua velhice.

Por favor, responda a todas as questões, preenchendo o quadrado

Seja o mais espontâneo possível.

Não existem respostas certas ou erradas.

**Discordo
Totalmente**

**Concordo
Totalmente**

	1	2	3	4	5
1 - À medida que as pessoas envelhecem ficam mais aptas para lidar com a vida					
2 - É um privilégio envelhecer					
3 - A velhice é um período de solidão					
4 - Há muitas coisas agradáveis com o envelhecimento					
5 - A velhice é um período depressivo da vida					

**Nada
Verdadeiro**

**Extremamente
verdadeiro**

	1	2	3	4	5
6 - Sinto que é mais difícil falar dos meus sentimentos à medida que envelheço					
7 - Aceito melhor a minha pessoa à medida que envelheço					
8 - Eu vejo a velhice principalmente como um tempo de perdas					
9 - Tenho mais energia agora do que esperava para a minha idade					
10 - Os problemas com a minha saúde física não me impedem de fazer o que quero					
11 - À medida que envelheço é mais difícil fazer novos amigos					
12 - Acredito que a minha vida tem feito a diferença					
13 - A minha saúde está melhor do que esperava para a minha idade					
14 - Mantenho-me o mais ativo e em forma possível fazendo exercício					

Anexo VI

Pedido de Autorização aos autores do WHOQOL-AGE



maria dos anjos Dixe <manjos.dixe@gmail.com>

04 de Novembro de 2013

Para joseluis.ayuso@uam.es, marta.miret@uam.es, felix.caballero@uam.es

Good Afternoon,

> My name is Maria dos Anjos Dixe and I m Teacher in Polytechnic Institute of Leiria in Portugal. I read your article about " Validation of an instrument to evaluate quality of life in the aging population: WHOQOL-AGE and i and one of my student we are very interested in doing that study with the Portuguese population.

For that I would like to ask for your autorization for validate and apply the instrument that was developed by you and and others authors.

Best Regards,

From: Félix Caballero <felix.caballero@uam.es>

Date: 2013/11/11

Subject: Re: Fwd:

To: maria dos anjos Dixe <manjos.dixe@gmail.com>, marta.miret@uam.es, José Luis <joseluis.ayuso@uam.es>

Dear Dr. Dixe,

Thank you very much for your interest in the WHOQOL-AGE questionnaire. Yes, you have our authorization to validate the instrument in the Portuguese population. On the other hand, as you can see in the article published in Health and Quality of Life Outcomes, the WHOQOL-AGE is based on the WHOQOL-OLD and the EUROHIS-QOL questionnaires. So, previously to carry out this study, you will have to check existence of validation articles of WHOQOL-OLD and EUROHIS-QOL in the Portuguese population.

Best regards,

Félix Caballero

Francisco Félix Caballero, Ph.D
Dpto. Psiquiatría. Universidad Autónoma de Madrid.
C./ Arzobispo Morcillo, 4. 28029-Madrid. Spain
Phone number: (+34) 91 497 24 47
Fax number: (+34) 91 497 43 89

Anexo VII



Exmo. Sra. Anabela Mariano
Rua Nossa Senhora da Vitória nº122
2445-356 Pataias

Assunto: PEDIDO E AUTORIZAÇÃO PARA EFETUAR UMA COLHEITA DE DADOS

No âmbito de recolher dados para a minha dissertação, que tem como tema, “*A Qualidade de Vida e Atitudes dos Idosos face à Velhice*”, pretendo recolher alguns dados na vossa instituição, com o objetivo de verificar a qualidade de vida e atitudes dos idosos face à velhice.

Neste sentido, solicito a V. Ex^a que se digne a autorizar a realização da colheita de dados/informação, durante o período de Dezembro de 2013.

Os resultados obtidos com este estudo estarão colocados à disposição de V. Ex^a, caso se enquadrem nos interesses da instituição a que preside.

Caso seja necessária alguma informação, estarei totalmente ao seu dispor, pelo número 965810263.

Sem mais assunto e grata pela vossa disponibilidade me despeço, com os melhores cumprimentos.

Catarina Neto